



ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE DO ALCOITÃO

SANTA CASA da Misericórdia de Lisboa

Anabela das Neves Marques Pereira Alves

Uma abordagem à supervisão clínica: Estudo de caso

**Relatório Final elaborado com vista à obtenção
do grau de Mestre em Terapia da Fala,
área de Supervisão Clínica e Gestão de Recursos**

Orientador: Professora Doutora Élia Maria Carvalho Pinheiro da Silva Pinto

Júri:

Presidente: Professora Doutora Isabel Cristina Ramos Peixoto Guimarães
Professor Coordenador da Escola Superior de Saúde do Alcoitão

Vogais: Mestre Maria Dulce Henriques Tavares
Professor Coordenador da Escola Superior de Saúde do Alcoitão

Professor Doutor Miguel Leite Borges da Mata Pereira
Investigador Associado da Université de Toulouse II, Le Mirail

Novembro, 2012

RESUMO

Este trabalho pretende descrever o processo de supervisão, nos vários aspetos possíveis, podendo tornar-se num contributo para a formação do educador clínico na aquisição de conhecimentos sobre modelos e estratégias a adotar.

O relatório é composto por três partes: na primeira parte é apresentado um estudo de caso sobre a aplicação do modelo *Continuum* de supervisão de uma aluna em situação de supervisão. Na segunda parte é apresentado um artigo sobre a influência do locus de controlo na aprendizagem clínica e por último uma reflexão crítica sobre as aprendizagens efetuadas.

O objetivo do estudo apresentado é analisar a influência do modelo *Continuum* de supervisão na aprendizagem. Também, pretendemos identificar se os instrumentos/procedimentos utilizados contribuíram para a aprendizagem e autonomia da aluna. A metodologia utilizada enquadra-se num contexto descritivo de um estudo de caso. O estudo envolve uma aluna e a educadora clínica. Para este estudo, utilizamos como instrumentos: o registo de expetativas, estabelecimento de objetivos, a escala de partilha de expetativas, reflexões escritas, questionário de avaliação do educador clínico e questionário de avaliação do local de estágio. A informação recolhida foi sujeita à análise de conteúdo proveniente dos instrumentos de recolha acima referidos. Os resultados obtidos, indicam que os instrumentos que utilizamos foram eficazes para a aprendizagem da aluna, e inferir que a aplicação do modelo teve influência nessa aprendizagem.

O artigo pretende apresentar um estudo de caso sobre a identificação do locus de controlo da aluna, e a sua influência na aprendizagem clínica. O instrumento aplicado foi a escala IPC de Levenson, e o resultado obtido demonstra que a aluna apresenta um locus de controlo interno. Verificou-se que o tipo de locus de controlo, teve influência na forma de superar as dificuldades sentidas, refletindo-se na aprendizagem clínica.

Na última parte das considerações finais, é feita uma reflexão crítica sobre todo o processo de aprendizagem realizado ao longo do estágio da educadora clínica, as aprendizagens conseguidas, as dificuldades sentidas e formas de as ultrapassar.

Em relação às consequências deste estudo, ao nível do processo de supervisão, incidem sobre a necessidade de formação dos educadores clínicos, e na elaboração/validação de instrumentos pedagógicos.

ABSTRACT

This paper aims to describe the process of supervision in as many aspects as possible, and may serve as a contribution to the educating supervisors in the acquisition of clinical knowledge about models and strategies to adopt.

The report consists of three parts: the first part presents a case study on the application of the model *Continuum* supervision of a student in a situation of supervision. The second part presents an article on the influence of locus of control in clinical learning and finally a critical reflection on the learning made.

The aim of this study presented, is to analyze the influence of the Continuum of supervision in learning. We also intend to identify, if the instruments/procedures used, contribute to the learning and learner autonomy. The methodology fits in the context of a descriptive case study. The study involves a student and clinical educator. For this study, we used as instruments: the registration of expectations, goal setting, the scale of shared expectations, written reflections, evaluation questionnaire of the teacher, questionnaire and clinical assessment of their training. The information collected was subjected to content analysis instruments from the collection above. The results indicate that the instruments we used were effective for student learning, concluding that the application of the model influenced learning process.

The article aims to present a case study on the identification of student locus of control, and its influence on clinical learning. The instrument used was the IPC Levenson Scale, and the result shows that the student has an internal locus of control. It was found that the type of locus of control had influence on the way to overcome of problems and reflected in the clinical learning.

The last section of the final considerations, there is a critical reflection on the whole learning process carried out over the stage of clinical educator, the learning achieved, the difficulties and ways to overcome them.

Regarding the consequences of this study, the level of the supervisory process, focuses on the need for clinical training of educators, and the development/validation of pedagogical tools.

ÍNDICE

I.INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO.....	7
II.MODELO DE SUPERVISÃO CLÍNICA.....	9
1. Enquadramento Teórico.....	9
1.1 A Supervisão	9
1.2 Estilos de Aprendizagem	10
1.3 O Educador Clínico.....	12
1.4 O Modelo <i>Continuum</i> de Supervisão	13
2. Metodologia	17
2.1 Tipo de Estudo	17
2.2 Amostra/Sujeito	17
2.3 Instrumentos.....	18
2.3.1 Registo de Expetativas	19
2.3.2 Estabelecimento de Objetivos	19
2.3.3 Escala de Partilha de Expetativas	19
2.3.4 Reflexões Escritas	20
2.3.5 Questionário de Avaliação do Educador Clínico	20
2.3.6 Questionário de Avaliação do Local de Estágio	21
2.4 Procedimentos	21
2.4.1 Planeamento	21
2.4.2 Implementação	22
3. Apresentação dos Resultados e Discussão.....	28
3.1 Resultados das Expetativas	28
3.1.1 Expetativas Relativas ao Estágio.....	28
3.1.2 Expetativas Relativas à Primeira Semana de Intervenção.....	29
3.2 Avaliação dos Objetivos	30
3.3 Resultados da Escala de Partilha de Expetativas	31
3.4 Avaliação das Reflexões	32
3.4.1 Reflexão da Primeira Semana de Intervenção com a Primeira Utente.....	32
3.4.2 Reflexão Final da Intervenção com a mesma Utente	33
3.4.3 Reflexão sobre a Avaliação Informal em Enfermaria	34
3.4.4 Reflexão do Final de Estágio.....	35
3.5 Resultado do Questionário de Avaliação do Educador Clínico	36

3.6 Resultado do Questionário de Avaliação do Local de Estágio	37
4. Conclusões	38
III.ARTIGO CIENTÍFICO.....	39
IV.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	46
BIBLIOGRAFIA.....	48
APÊNDICES	52
Apêndice I – Folha de registo das expetativas e necessidades/preocupações iniciais.....	53
Apêndice II – Folha de registo da avaliação das expetativas e necessidades/preocupações iniciais do estágio.....	55
Apêndice III – Folha de registo de expetativas, sentimentos, necessidades/preocupações e forma de as ultrapassar	57
Apêndice IV – Folha de avaliação das expetativas, sentimentos, necessidades/preocupações referente à primeira semana.....	59
Apêndice V – Primeira fase de objetivos.....	61
Apêndice VI – Segunda fase de objetivos	63
Apêndice VII – Terceira fase de objetivos	65
Apêndice VIII – Quarta fase de objetivos	67
Apêndice IX – Escala de partilha de expetativas.....	69
Apêndice X – Questionário de avaliação do educador clínico	71
Apêndice XI – Questionário de avaliação do local de estágio	74
Apêndice XII – Folha de registo das reuniões semanais	77
Apêndice XIII – Planificação dos objetivos pedagógicos	80
Apêndice XIV – Cronograma do estágio.....	83
Apêndice XV – Contrato de aprendizagem	85
Apêndice XVI – Resultado do preenchimento do questionário de satisfação da área de terapia da fala pela utente	88
ANEXOS.....	90
Anexo I – Questionário CHAEA	91
Anexo II – Modelo <i>Continuum</i> de supervisão	98
Anexo III – Questionário de satisfação da área de terapia da fala.....	100
Anexo IV – Questionário de avaliação do estágio.....	104

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Critérios/resultados dos estilos de aprendizagem	18
Quadro 2: Resultados da análise de conteúdo das expetativas, necessidades/preocupações iniciais e finais	28
Quadro 3: Resultados da análise de conteúdo das expetativas, sentimentos, necessidades/preocupações e ultrapassar dificuldades da primeira semana de intervenção/final da semana	29
Quadro 4: Resultados da avaliação dos objetivos	30
Quadro 5: Resultados da escala de partilha de expetativas	31
Quadro 6: Resultados da análise de conteúdo da reflexão sobre a intervenção com a primeira utente	32
Quadro 7: Resultados da análise de conteúdo da reflexão no final da intervenção com a primeira utente	33
Quadro 8: Resultados da análise de conteúdo da reflexão sobre a primeira avaliação em enfermaria	34
Quadro 9: Resultados da análise de conteúdo da reflexão do final de estágio.....	35
Quadro 10: Resultados da análise de conteúdo da avaliação do educador clínico	36
Quadro 11: Resultados da análise de conteúdo do questionário de avaliação do local de estágio	37

I. INTRODUÇÃO AO RELATÓRIO

O presente trabalho surge no âmbito da unidade curricular “Estágio com relatório final”, integrada no plano de estudos do terceiro semestre para obtenção do grau de mestre em terapia da fala na área da supervisão clínica e gestão de recursos, da Escola Superior Saúde do Alcoitão (ESSA) e visou a aplicação prática dos conhecimentos teóricos adquiridos durante a frequência do primeiro ano de mestrado. Pretende proporcionar um enriquecimento pessoal e profissional, favorecendo uma melhoria da qualidade de supervisão prestada aos alunos em estágio.

A exercer funções como terapeuta da fala numa unidade hospitalar da grande Lisboa, esta foi a instituição selecionada para a realização do estágio, uma vez que pratica nesta unidade de saúde, supervisão de estágios académicos de 2º, 3º e 4º ano da licenciatura em terapia da fala.

A área de Terapia da Fala está integrada no serviço de Medicina Física e Reabilitação (MFR), em equipas multidisciplinares constituídas por fisiatras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, neuropsicólogos, técnicos auxiliares e contando ainda com a participação do utente e da família/cuidador. Dá resposta assistencial a utentes em idade adulta, com patologias do foro neurológico, predominantemente Acidente Vascular Cerebral, referenciados pelo serviço de neurologia ou por outros serviços de especialidades.

A unidade curricular Estágio II que serviu de base para a realização da supervisão, reporta-se a um estágio de época especial, que decorreu durante quinze semanas, no serviço de MFR da referida unidade hospitalar. A aluna foi informada pelo departamento de terapia da fala da ESSA, da situação de discência do educador clínico.

A escolha e colocação dos alunos em estágio é da responsabilidade do departamento de terapia da fala da ESSA. Existe, por parte da mesma, normas orientadoras para a realização dos estágios com objetivos estabelecidos para que os alunos adquiram competências de forma a tornarem-se “profissionais autónomos, competentes e reflexivos” (Normas Orientadoras aprovadas em reunião em Conselho Científico da ESSA a 13/07/2010, p. 9). Há, igualmente, um conjunto de educadores clínicos de acordo com as necessidades para a prática destes alunos. Para poder ser educador clínico da unidade curricular Estágio II, segundo as normas referidas acima, o terapeuta da fala tem que exercer atividade profissional pelo menos há dois anos, manifestar interesse pela educação clínica, assim como ter atitude proativa e de disponibilidade na formação de novos profissionais.

A escolha do modelo de supervisão recaiu sobre o *Continuum* de supervisão de Anderson (1988) e teve por base vários critérios: o respeito pelos aspetos éticos da população atendida, os aspetos pessoais da educadora clínica (valores, filosofia de intervenção terapêutica), características

da própria instituição e por se considerar que os modelos de supervisão que fomentam o desenvolvimento gradual das competências beneficiam o crescimento do aluno.

A questão abordada neste estudo prende-se com a análise da influência do modelo *Continuum* de supervisão na aprendizagem. Pretendemos identificar se os instrumentos/procedimentos utilizados contribuíram para a aprendizagem e autonomia do aluno.

O relatório está dividido em três partes. A primeira parte é composta pelo enquadramento teórico, onde é abordada a temática da supervisão e dos educadores clínicos, referências aos estilos de aprendizagem, bem como ao modelo de supervisão clínica e sua descrição. Segue-se a metodologia, com o tipo de estudo, caracterização da amostra, instrumentos utilizados e procedimentos. Para finalizar a primeira parte são apresentados os resultados, a sua discussão e a conclusão.

A segunda parte é composta pela apresentação de um artigo científico. Após a identificação inicial das expectativas e preocupações da aluna, e segundo os conhecimentos adquiridos ao longo do mestrado de supervisão, consideramos importante a verificação do locus de controlo da aluna para compreender melhor as estratégias a utilizar para o sucesso da aprendizagem.

Na última parte, procede-se à tentativa de retirar as considerações possíveis do estudo realizado, dando-se ênfase à reflexão de forma crítica sobre o que se analisou, salientando os aspetos que possam ser úteis para o processo de supervisão de estágios ou para a elaboração de futuros trabalhos.

II. MODELO DE SUPERVISÃO CLÍNICA

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 A SUPERVISÃO

Define-se supervisão, como um processo entre dois indivíduos, um educador clínico com maior experiência que orienta o aluno com menos experiência. É uma relação estruturada entre os dois com o objetivo do aluno adquirir conhecimentos, competências e atitudes, para futuramente vir a ser um profissional.

É o produto de uma ação conjunta e participada dos seus elementos em que cada um deles desempenha um papel, tendo como objetivo principal a eficácia e a eficiência do processo de ensino/aprendizagem (Queiroga, 2007). Segundo o mesmo autor, tal objetivo só pode ser levado a cabo se o processo respeitar e promover o desenvolvimento dos seus intervenientes como profissionais e como pessoas.

A supervisão deve proporcionar condições para a utilização do desenvolvimento pessoal multidimensional do aluno, como instrumento formativo na aquisição de competências profissionais. Para tal o educador clínico deve entender o grau de desenvolvimento do aluno, tendo em conta os seus conhecimentos, sentimentos e objetivos.

Segundo Russel-Chapin e Chapin (2011) o domínio da supervisão abrange o desenvolvimento de competências clínicas, de comportamentos éticos e profissionais, o crescimento pessoal do aluno a nível da autonomia e confiança e por fim a monitorização e avaliação do aluno. Para além do desenvolvimento das capacidades dos alunos, tem como objetivo desenvolver as capacidades pedagógicas do educador clínico. A *American Speech-Language Hearing Association* (ASHA), em 2008, refere a importância de formação dos educadores clínicos sobre os processos de supervisão, pois conduz à aprendizagem de estratégias, comportamentos e à utilização de diferentes estilos de supervisão.

Na área de terapia da fala não existem muitos estudos relativos a metodologia de estágios de supervisão, daí recorrer-se a outras áreas como a psicologia, a educação, a enfermagem entre outros profissionais de saúde que utilizam o estágio no seu plano de estudos.

Os modelos de supervisão clínica que têm em conta o desenvolvimento cognitivo e progressivo das capacidades dos alunos melhoram e desenvolvem a aprendizagem e o desempenho. Estes modelos preconizam o desenvolvimento dos alunos através das experiências que vão adquirindo ao longo da educação clínica e que aumentam o nível de entendimento sobre as situações clínicas observadas.

A aquisição de saberes teóricos e a sua transferência para o contexto real de trabalho, com os saberes práticos, devem favorecer a aquisição do saber, saber fazer, saber ser e estar ao futuro aluno (Carvalho & Gomes, 2003). É no ensino clínico que o aluno começa a compreender a causa de certos saberes teóricos pela experiência que vai adquirindo.

Segundo McLeod, Romanini, Cohn e Higgs (1997) existem várias categorias para classificar os modelos. Estes podem ser descritivos, integrativos, de desenvolvimento, interativos e colaborativos.

O conhecimento dos educadores clínicos sobre os modelos melhora a adequação das suas necessidades, das necessidades dos alunos e dos utentes e serve como orientação para o decorrer do estágio. No entanto, os modelos de supervisão não devem ser aplicados de forma rígida ou delimitada (Queiroga, 2007).

Quem supervisiona, deve selecionar um modelo que tenha por base a experiência e necessidade do aluno, que sirva de base teórica para o desenvolvimento da planificação do estágio que deve ser realizada entre o educador clínico e o aluno.

Os modelos de desenvolvimento preconizam o contínuo crescimento do aluno com diferentes necessidades e diferentes estilos de aprendizagem. Assim, Russel-Chapin e Chapin (2011) referem que um dos maiores objetivos é descobrir as necessidades pessoais de cada aluno, para potencializar ao máximo as suas capacidades e minimizar os seus pontos mais fracos. Estes modelos descrevem quais os estilos de supervisão a usar nas diferentes fases, como forma de facilitar e desenvolver competências profissionais (McLeod *et al.*, 1997). Pretende-se com isso tornar o aluno de dependente profissionalmente em independente através da exposição e interação com o meio, desenvolvendo diferentes formas de raciocínio sobre um mesmo problema ao longo do tempo do estágio, de forma a adquirir maturidade.

O educador clínico deve escolher o modelo de supervisão tendo em conta a sua filosofia de ensino e as políticas das organizações onde se desenvolve o estágio, pois como referem McCrea e Brasseur (2003) estas podem influenciar o estilo de supervisão. Mesmo Anderson (1988) assume que o modelo *Continuum* de supervisão não é a única forma de supervisão, reconhecendo o mérito de outras abordagens. McCrea e Brasseur (2003) referem também que a utilização de um único modelo é impossível mas, à medida que se vão identificando as situações, desenvolvem-se as metodologias mais apropriadas.

1.2 ESTILOS DE APRENDIZAGEM

A definição de estilo de aprendizagem é citada na literatura pedagógica por alguns autores (De Vita, 2001; Dreyer, 1998; Eliason, 1995; Ellis, 1994; Nelson, 1995, citados por Young, 2010)

como “as características do comportamento cognitivo, afetivo e psicológico, indicativos de como os alunos aprendem, interagem e respondem ao meio envolvente” (p. 427). A partir dos anos 80, com o desenvolvimento das teorias pedagógicas da aprendizagem, foi dada ênfase ao aluno: como é, o que quer, o que pensa e quais as suas necessidades. Isto implica uma mudança de atitude por parte do educador, que necessita de observar o aluno e reconhecer as características individuais de aprendizagem e as estratégias eficazes de aprendizagem. Segundo o mesmo autor, o aluno é o produto das suas experiências e conhecimentos passados e futuras potencialidades.

Os alunos encontram-se num processo de formação e como tal, desejam tomar decisões por si próprios, ficando motivados quando a formação vai ao encontro das suas necessidades, baseando a aprendizagem na realidade e na experiência. Esta tem que ser uma abordagem centrada no aluno, levando em consideração as suas motivações, interesses e experiências anteriores segundo a *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organizational* (UNESCO) (1980, citado por Carvalho & Gomes, 2003). Assim, a aprendizagem não pode ser realizada só pelos conteúdos, mas pelos diferentes ritmos e interesses dos alunos.

Existem diversas investigações sobre os estilos de aprendizagem, selecionamos os estilos de aprendizagem apresentados por Honey e Mumford (1992, citado por Miranda & Morais, 2008) que consideram que os indivíduos podem ser integrados em quatro estilos de aprendizagem: ativo, reflexivo, teórico e pragmático. Cada indivíduo pode apresentar características dos vários estilos de aprendizagem, embora possuam um estilo dominante. Segundo estes autores, as principais características dos estilos de aprendizagem são: no estilo ativo, “têm uma mente aberta, entusiasmam-se com qualquer coisa nova, são sociáveis e envolvem-se constantemente com os outros, procuram ser o centro de todas as atividades, interessam-se por desafios e situações problemáticas, manifestam forte implicação na ação”. No estilo reflexivo “dão prioridade à observação antes da ação, gostam de observar as experiências de diversas perspetivas, centram-se na reflexão e na construção de significados, recolhem informações tanto da sua própria experiência como da experiência dos outros, preferem pensar antes de chegarem a qualquer conclusão, gostam de observar os outros em ação e de perceber o sentido geral da discussão antes de dizerem o que está na sua própria mente”. No estilo teórico, “tendem a estabelecer relações, deduzir, integrar os factos em teorias coerentes, tendem a ser perfeccionistas, gostam de analisar e de sintetizar. A sua abordagem aos problemas é consistente e lógica. Procuram a racionalidade e a objetividade, sentem-se desconfortáveis com conclusões subjetivas, pensamentos laterais ou qualquer aspeto superficial”. Por fim no estilo pragmático “gostam muito de experimentar ideias, teorias e técnicas para ver se funcionam na prática. O seu ponto forte é a aplicação das ideias. Gostam de atuar de uma forma confiante e rápida sobre as ideias e os projetos que os atraem, tendem a evitar a reflexão

e ficam impacientes com discussões sem fim. Essencialmente, são pessoas práticas, terra a terra, que gostam de chegar a conclusões práticas e de resolver problemas” (p. 72).

O questionário de Honey e Mumford (1992, citado por Miranda & Moraes, 2008) tem como objetivo ajudar os alunos a identificar os seus pontos fortes e fracos dos estilos de aprendizagem.

Pfister e Tennent-Ponterio (2000) referem que todos os intervenientes no processo de supervisão têm expectativas conscientes ou inconscientes e necessidades quando integrados no local de estágio. Quando essas necessidades não são tidas em consideração, pode resultar em desmotivação e fraca eficiência. Cada indivíduo tem uma forma inata de reagir ou demonstrar comportamentos característicos numa determinada situação, a que se pode chamar estilo comportamental.

Determinados comportamentos característicos podem favorecer ou entravar o processo de supervisão: a forma como cada um reage a situações novas, e o grau de intensidade com que o faz, o grau de adaptação às mudanças, a persistência na execução das tarefas e o grau de reações positivas ou negativas, têm implicações diretas nas situações clínicas. Quando existe um conhecimento do próprio estilo de comportamento, permite modificar a forma como esses traços são expressos e levar a que não interfiram de forma ativa no processo de supervisão. Os sentimentos e formas de comportamento mantêm-se, mas pode-se aprender a controlar a expressão dos mesmos, dada uma determinada situação clínica.

Para haver adaptação e aceitação de ambos os intervenientes no processo de supervisão dos estilos comportamentais é necessário existir flexibilidade, postura, confiança, respeito, suporte e gestão de conflito (Pfister & Tennent-Ponterio, 2000).

A interação entre o aluno e o contexto de estágio, interiorizando os elementos socioculturais do meio, integrando-os na estrutura da sua personalidade por influência das experiências realizadas, facilitam a adaptação ao meio e assim ultrapassam as dificuldades (Carvalho & Gomes, 2003).

1.3 O EDUCADOR CLÍNICO

Para Rogers (2010) a aprendizagem pode ser facilitada se o educador for congruente, o que implica ser a pessoa que é e que tenha consciência das atitudes que assume. Ser congruente significa ser autêntico nos seus sentimentos. Assim, tem maior probabilidade de ser verdadeiro na relação com os seus alunos.

Segundo Carvalho e Gomes (2003), o educador clínico deverá ser uma pessoa bem formada, manifestando atitudes adequadas para com os alunos. O ensino é um processo humano de interação, na qual as relações interpessoais são um elemento fundamental. Há sempre uma dimensão pessoal

na ação do educador clínico, tanto o seu estilo próprio como a sua maneira de estar no mundo tem grande influência na forma do seu desempenho.

Segundo o mesmo autor, as relações interpessoais por parte do educador clínico são essenciais numa relação eficaz de ajuda, comunicando abertamente e apoiando os alunos na partilha de sentimentos e pensamentos. Só aplicando os princípios básicos de uma relação de ajuda, os educadores clínicos poderão fortalecer as competências interpessoais dos alunos, que são importantes para o desenvolvimento de relações terapêuticas com os utentes. Autonomia, identidade, relações interpessoais, emoções, linhas de atuação e integridade, são qualidades que devem ser desenvolvidas sob a orientação de educadores ou outros profissionais de saúde. O respeito pela individualidade e carácter único do aluno são fundamentais para que se estabeleça uma relação empática potenciadora de uma relação de ajuda.

Na opinião do autor, a observação por parte do educador clínico da prática clínica do aluno, pode desencadear uma atitude de controlo face ao aluno e dificultar o estabelecimento de confiança e de ajuda entre educador e aluno, podendo levar o aluno a uma certa dependência do educador, e por outro lado, que o medo de errar seja um constrangimento.

Ser educador clínico implica várias tarefas, entre as quais, assegurar profissionalismo por parte dos alunos em relação aos utentes, tendo em consideração as normas da instituição e a confidencialidade dos documentos e informações do utente. O aluno deve seguir todos os procedimentos terapêuticos dentro de uma prática clínica baseada na evidência e atualizada, orientado pelo educador clínico que serve como modelo (ASHA, 2010). Deve igualmente escolher o modelo de supervisão que melhor se adapte às características do aluno e promover auto avaliações e reflexões de forma a desenvolver o potencial dos mesmos. A avaliação de todo o processo é um fator fundamental no processo de supervisão (McLeod *et al.*, 1997).

1.4 O MODELO *CONTINUUM* DE SUPERVISÃO

O modelo *Continuum* de supervisão foi proposto por Anderson (1988) com o principal objetivo de fomentar a independência profissional dos alunos para a sua própria supervisão. De acordo com este modelo os alunos vão desenvolvendo o seu crescimento profissional, podendo em alguns aspetos evidenciar dificuldades devendo os educadores clínicos ajustar continuamente o estilo de supervisão às necessidades do aluno, podendo ambos visualizar o processo de supervisão de forma conjunta.

O modelo permite que o aluno e o educador examinem as suas filosofias acerca da supervisão, identifiquem os seus comportamentos e imprimam mudanças se necessário (McCrea & Brasseur, 2003). A ASHA (2005) refere que este modelo é único no facto de todos os alunos se

movimentarem ao longo do *Continuum*, avançando e recuando, mediante novas práticas clínicas, novos utentes ou procedimentos.

O modelo de Anderson (1988) preconiza a partilha de entendimento do processo de supervisão entre os intervenientes, o planeamento de todas as atividades realizadas ao longo do estágio, a recolha de dados objetiva através da observação, a análise dos dados recolhidos e a integração das aprendizagens que poderá ser facilitada através de reuniões.

O sucesso do processo de supervisão deve iniciar-se pela partilha de informação entre o educador clínico e o aluno para a elaboração dos objetivos (ASHA, 2005). A articulação, o envolvimento e a participação ativa tanto do educador clínico como do aluno é o aspeto principal deste modelo. Segundo Anderson (1988, citado por McLeod *et al.*, 1997) o tempo e a experiência são fatores determinantes na progressão ao longo do *Continuum* dependendo do seu nível de conhecimento e da capacidade relativa às tarefas de aprendizagem solicitadas.

O modelo é constituído por três fases: a) avaliação/*feedback*, b) transição e c) auto avaliação. Na fase inicial os alunos são predominantemente passivos e necessitam de observação e *feedback* do educador clínico para modelar procedimentos e técnicas específicas. O educador clínico é dominante e diretivo na supervisão do aluno. Iniciar o estágio nesta fase é mais confortável para o aluno dado o apoio que tem do educador clínico mas, no entanto, pretende-se que o aluno passe para a fase seguinte rapidamente.

Na fase de transição, o aluno necessita de refletir sobre os seus conhecimentos na área do estágio e também no *feedback* dado pelo seu educador e ir progredindo na forma de intervenção com a população do estágio, necessitando cada vez menos de diretrizes por parte do supervisor. O educador clínico colabora no planeamento das avaliações, na melhoria dos planos de intervenção e procedimentos. Fornece os dados relativos ao utente e dá *feedback*, mas a relação de supervisão nesta fase já é um projeto mais conjunto entre os dois (Newman, O'Connor & Victor, 2006), enfatizando as necessidades específicas de cada aluno tanto individuais como profissionais, fomentando a independência do aluno nas competências clínicas e profissionais (Russel-Chapin & Chapin, 2011). Este participa ativamente em todas as atividades com o utente (avaliação, intervenção e análise de resultados) e inicia o seu processo de auto análise do seu desempenho profissional. A responsabilidade partilhada está dependente de uma relação equilibrada entre aluno e educador. Lincoln *et al.*, (1997) refere que o *feedback* dado ao aluno, tem como objetivo que este compreenda a visão do educador clínico sobre a sua intervenção com os utentes no contexto clínico, o tipo de interação entre utente e aluno, o ensino de estratégias e melhoria das competências comunicativas, os progressos conseguidos pelos alunos e ainda fornecer informações sobre técnicas específicas e dados científicos para a prática clínica. O *feedback* ajuda o aluno a entender a

especificidade de cada utente e promover a responsabilidade pelo seguimento terapêutico de excelência do utente. É importante para o aluno dar *feedback* sobre o educador clínico, para compreender melhor a reciprocidade da relação de supervisão. Se os alunos simplesmente recebem *feedback* dos educadores sem terem oportunidade de emitir a sua opinião relativa às aprendizagens efetuadas, vão sentir o *feedback* mais como uma forma de julgamento em vez de uma forma de partilha da aprendizagem assim como também pode ser interpretado como uma forma de poder por parte do educador clínico relativo ao aluno.

Na passagem para a fase de auto avaliação deve existir maior autonomia por parte do aluno para que este consiga funcionar como par do educador clínico. Poderá colaborar na resolução de problemas ou procedimentos mais complexos. O aluno nesta fase consegue planear e implementar a intervenção só com alguma orientação. É o responsável pelos casos, atribuídos no processo de reabilitação. O educador clínico tem um papel mais colaborativo, ouvindo o aluno e orientando-o na resolução de problemas. Existe aprendizagem por parte de ambos os intervenientes.

Este modelo não tem prazos definidos para os alunos adquirirem as competências e transitarem de fase. Em certas competências podem estar na última fase e noutras estarem na fase inicial. É importante reconhecer os pontos fortes e os pontos fracos de cada aluno pelo educador clínico e pelo aluno. Alguns autores referem que à medida que vão avançando as competências do aluno, deve ser fomentada a auto avaliação do mesmo (Mandy, 1989; Anderson, 1988; citados por Joffe, 2005).

Sendo o *Continuum* de supervisão um modelo de desenvolvimento aproveita aspetos de outros modelos de desenvolvimento para facilitar a aprendizagem como o modelo de aprendizagem reflexiva.

Segundo este modelo, McCrea e Brasseur (2003) afirmam que quando existe imaturidade em relação a determinada tarefa, o educador deve dar orientação. A partir do momento em que o aluno evidência maior maturidade em relação às tarefas, o educador vai diminuindo a sua participação e o aluno vai realizando a tarefa de forma mais independente.

Para Carvalho e Gomes (2003) a reflexão é o conceito mais relevante para as novas tendências do papel de orientador clínico, na dimensão pedagógica do seu papel. Para uma atividade reflexiva implica escutar e respeitar diferentes perspetivas, observar todas as alternativas, questionar a possibilidade de erros, examinar as razões do que se passa no processo de formação, investigar evidências conflituosas, procurar várias respostas para a mesma pergunta e refletir sobre formas de melhorar o que já existe. Refere ainda o mesmo autor que o ensino clínico é, cada vez mais, um processo formativo complexo, exigindo aos orientadores competências pedagógicas, profissionais e pessoais, necessárias na relação de ajuda para a progressão do aluno na aprendizagem. O

desenvolvimento da aprendizagem clínica através do processo reflexivo, com base na experiência, deve ter ligação ao contexto profissional.

Os alunos que preferem um modelo de supervisão marcadamente reflexivo, entendem a supervisão como um processo de desenvolvimento das competências profissionais a partir de um diálogo constante entre a teoria e a prática, fazendo desta um campo de reflexão teórica estruturadora da ação, como referem Viveiros e Medeiros (2005).

Esta ideia é corroborada por vários autores em estudos realizados sobre o desenvolvimento cognitivo do estudante do ensino superior, onde se afirma que o jovem adulto se encontra numa fase de desenvolvimento, quer do seu pensamento crítico e reflexivo, quer da sua autonomia, quer ainda da sua dimensão interpessoal e psicossocial (Chickering, 1969; Chickering & Reisser, 1993; Ferreira *et al.*, 1997, citados por Viveiros & Medeiros, 2005).

Num estudo realizado por Huet e Tavares (2005) sobre o envolvimento do professor universitário no processo de ensino-aprendizagem, verifica-se que é necessário que o professor reflita sobre a sua prática pedagógica, pois servirá como ferramenta para a mudança das teorias do ensino. Para isso é necessário auto avaliação, avaliação pelo aluno e se possível pelos pares, como fatores para a promoção da qualidade do ensino. A corresponsabilidade do educador e do aluno na aprendizagem implica a participação no processo de avaliação, transformando o educador no co-avaliador em parceria com o aluno.

Também, em estudos realizados por Aziz, Teck e Yen (2011) referem que o trabalho em equipas multidisciplinares, constituídas por profissionais de saúde e disponíveis em alguns contextos de estágio, promovem a aprendizagem dos papéis e responsabilidades das diferentes profissões, favorecendo uma prática colaborativa para a melhoria dos cuidados de saúde. Segundo Insalaco, Ozkurt e Santiago (2007) se os estudantes conhecerem o trabalho de equipa nos locais onde fazem estágio, ficam com competências para uma melhor integração, nos futuros locais de trabalho.

A relação entre o educador clínico e o aluno é o centro de qualquer modelo de supervisão clínica usado, como tal é necessário existir diretrizes claras, de preferência um contrato informal que regule a forma de condução do processo (Bishop, 2007). O estabelecimento do contrato de aprendizagem é uma forma de orientar o processo de aprendizagem, no sentido de atingir os objetivos de aprendizagem.

Devem ser negociados entre educador clínico e aluno (Lincoln *et al.*, 1997). Promove a participação ativa do aluno na programação dos seus objetivos e na sua clarificação e requer que os intervenientes do processo estejam em permanente comunicação (Kennedy-Jones, 2005). Existem várias formas de contrato, no essencial devem conter informações relevantes tais como: tempo de

duração, marcação de reuniões semanais, objetivos comuns, aspetos éticos da profissão e da instituição, regras gerais de funcionamento, formas de avaliação e de *feedback* e os deveres do aluno e do educador (Ford & Jones, 1987; Bishop, 2007).

2. METODOLOGIA

Neste capítulo será apresentada a metodologia utilizada ao longo do estágio. O tipo de estudo, a descrição da amostra, os instrumentos, os procedimentos englobando o planeamento e a implementação.

2.1 TIPO DE ESTUDO

Neste estudo interessa verificar se o Modelo *Continuum* de Supervisão, contribuiu para o desenvolvimento pessoal e profissional da aluna. A descrição deve resultar dos dados recolhidos diretamente do fenómeno e do contexto, neste caso através de um estudo de caso (Carmo & Ferreira, 1998).

2.2 AMOSTRA/SUJEITO

A amostra contempla a educadora clínica e a aluna.

A aluna tem 27 anos e frequenta o 4º ano da licenciatura em Terapia da Fala. No seu percurso académico e de acordo com o plano de estudos, realizou estágios no 1º ano de duas semanas integrada na unidade curricular Perturbações do Desenvolvimento da Linguagem, no 2º ano de duas semanas integrada na unidade curricular Perturbações da Motricidade Oro-facial e da Articulação Verbal, de uma semana integrada na unidade curricular Perturbações da Voz e de uma semana integrada na unidade curricular Perturbações Adquiridas da Linguagem. No 3º ano, realizou estágio integrado na unidade curricular Estágio I com a duração de 15 semanas.

Foi aplicado o *Cuestionário Honey-Alonso de Estilos de Aprendizaje* (CHAEA) versão portuguesa (Miranda, 2005) (Anexo I) com o objetivo de conhecer o estilo de aprendizagem da aluna. O resultado obtido caracteriza o estilo de aprendizagem da aluna como predominante reflexivo. Assim, no quadro 1 podem observar-se os valores obtidos.

Quadro 1. Critérios/resultados dos estilos de aprendizagem.

Níveis de preferência	Estilo ativo	Estilo reflexivo	Estilo Teórico	Estilo pragmático
Preferência muito baixa	[20,48]	[20,56]	[20,50]	[20,50]
Preferência baixa	[49,52]	[57,58]	[51,54]	[51,53]
Preferência moderada	[53,57]	[59,65]	[55,60]	[54,60]
Preferência alta	[58,61]	[66,69]	[61,64]	[61,65]
Preferência muito alta	[62,80]	[70,80]	[65,80]	[66,80]

A pontuação obtida foi de 68 no estilo reflexivo, dados os valores de referência considera-se preferência alta, depois obteve a pontuação de 56 no estilo ativo, considerando-se preferência moderada, teve a pontuação de 53 no estilo teórico e de 51 no estilo pragmático, demonstrando uma preferência baixa.

A aluna, através do preenchimento da folha de registo sobre as expetativas iniciais de estágio, referiu estar preocupada com o ambiente hospitalar com o qual nunca teve contacto prévio e com a população adulta pois prefere intervir com crianças.

Aplicou-se a escala *Internal, Powerful Others and Chance* (IPC) de Levenson (1972, 1974, citado por Relvas, Serra, Saraiva & Coelho, 1984), para averiguar o locus de controlo da aluna e o resultado obtido evidenciou um locus de controlo interno. A pontuação foi de 40 pontos no controlo interno, 25 pontos no controlo de outros poderosos e 23 pontos na ausência de controlo.

A educadora clínica tem experiência profissional de 23 anos, trabalha há 11 anos no serviço de MFR do referido hospital e desde há 10 anos é educadora clínica nesta área. Está a frequentar o estágio do terceiro semestre para obtenção do grau de mestre em terapia da fala na área da supervisão clínica e gestão de recursos, tendo tido durante o primeiro ano do mestrado oportunidade de desenvolver conhecimentos sobre metodologias de supervisão. Através do estágio houve a possibilidade de escolha de um modelo de supervisão e da sua aplicação.

2.3 INSTRUMENTOS

Para verificar os resultados do estudo utilizámos alguns instrumentos como: o registo de expetativas, a elaboração de objetivos por fases, a aplicação da escala de partilha de expetativas (Anderson, 1988), reflexões escritas pela aluna em vários momentos do estágio e os questionários de avaliação do educador clínico e do local de estágio.

2.3.1 REGISTO DE EXPETATIVAS

Segundo McAllister (1997), a autonomia dada ao aluno, para que este participe ativamente no seu processo de aprendizagem através da identificação do que espera aprender, enquadra-se dentro das teorias de aprendizagem nos adultos, como tal foram elaborados vários registos de expetativas.

Primeiro foi elaborada uma folha de registo para identificar as expetativas e preocupações/dificuldades da aluna referentes ao estágio (Apêndice I). Era constituída por duas questões estruturadas abertas, para permitirem o pensamento livre sobre o tema proposto.

Foram colocadas no final do estágio duas questões para identificar se as expetativas relativas ao estágio se concretizaram e qual a forma que a aluna utilizou para ultrapassar as dificuldades iniciais, baseadas nos pressupostos da autora acima referida (Apêndice II).

Elaborou-se uma folha de registo composta por quatro perguntas estruturadas abertas, para identificar expetativas, sentimentos, necessidades ou preocupações e como ultrapassá-las, referentes à primeira semana de intervenção com os utentes (Apêndice III). No final da semana voltou a responder para analisar se as expetativas se concretizaram e como ultrapassou as dificuldades (Apêndice IV).

2.3.2 ESTABELECIMENTO DE OBJETIVOS

Os objetivos expressam os resultados que se pretendem alcançar com a formação. A definição dos objetivos pode englobar diferentes situações ou níveis de generalidade, desde definições muito gerais até indicações muito específicas (Vieira, 1990). Partindo do contrato de aprendizagem estabelecido baseado nos pressupostos de Bishop (2007) que contém os objetivos gerais elaborados e negociados entre educadora clínica e aluna, foram elaboradas quatro fases de objetivos mais específicos que contemplariam os períodos de: observação, avaliação, intervenção e reavaliação dos utentes.

A primeira fase de objetivos (Apêndice V) contemplaria a integração da aluna no serviço de MFR, a planificação conjunta do estágio e a observação da aluna sobre a atividade da educadora clínica. A segunda fase de objetivos (Apêndice VI) era referente ao período em que a aluna iria fazer as avaliações dos utentes, tendo em conta a referenciação médica solicitada pelo serviço de neurologia e a seleção da educadora clínica mediante os casos solicitados. A terceira fase de objetivos (Apêndice VII) incidiu sobre o período de intervenção da aluna com os utentes. A quarta fase de objetivos (Apêndice VIII) prendeu-se com a parte final do estágio onde foi dada ênfase à autonomia da aluna.

2.3.3 ESCALA DE PARTILHA DE EXPETATIVAS

Na escala partilha de expectativas (Anderson, 1988; Fox, 2011) (Apêndice IX) os autores referem que quando o supervisor e o aluno têm expectativas similares, a experiência clínica é mais proveitosa e agradável para ambos os intervenientes. A ASHA (2008) refere o modelo *Continuum* de supervisão como o mais reconhecido para a eficácia da supervisão e reforça a ideia da importância de escalas de avaliação e partilha de informação entre aluno e educador clínico.

A escala é a representação do modelo *Continuum* de supervisão (Anexo II) com os três estádios de supervisão e os estilos de supervisão correspondente, desenha-se uma linha no local que represente melhor onde o aluno e o supervisor se situam.

Esta escala foi elaborada para ajudar o educador e o aluno a compreenderem as suas expectativas e é preenchida em separado pelo aluno, e pelo supervisor, partilhadas e discutidas em reunião. É importante para avaliar o tipo do estilo de supervisão a desenvolver mediante a autonomia que o aluno apresenta.

Teve a sua aplicabilidade durante as 15 semanas de estágio sempre que a educadora clínica ou a aluna entenderam ser necessário para aferirem o estilo de supervisão a fornecer. Foi aplicada por solicitação da educadora clínica na quinta, nona, décima segunda e décima quinta semana.

2.3.4 REFLEXÕES ESCRITAS

Lincoln, Stockhausen e Maloney (1997) referem que através das reflexões, os alunos conseguem avaliar as suas ideias e sentimentos e tomar decisões futuras. Segundo os mesmos autores, refletir é um processo de aprendizagem. Descrevendo a experiência através da escrita, o aluno pode ter uma maior consciencialização dos detalhes importantes. Pedir para escrever em casa e trazer no dia seguinte, pode levar a uma aprendizagem mais profunda. As reflexões solicitadas decorreram, uma no início da primeira semana de intervenção com o primeiro caso e no final da semana com o mesmo caso e após uma avaliação informal realizada em enfermaria com um utente de internamento e por fim uma relativa ao balanço final do estágio.

2.3.5 QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO EDUCADOR CLÍNICO

O questionário de avaliação do educador clínico (Apêndice X) adaptado de Lincoln *et al.* (1997, citados por McAllister *et al.*, 1997) é constituído por seis questões estruturadas abertas e um espaço para comentários e sugestões. As questões visam a avaliação das competências da educadora clínica no que diz respeito à sua capacidade de comunicação e pedagógica.

Da aplicação deste questionário obtemos a opinião da aluna referente ao processo de supervisão. Este procedimento facilita, por sua vez, o planeamento conjunto do ensino clínico, através do *feedback* colaborativo entre aluna e educadora clínica.

2.3.6 QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

O questionário de avaliação do local de estágio (Apêndice XI) adaptado de *American Physical Therapy Association (APTA)* (2004), é constituído por sete questões estruturadas abertas e um item para comentários. As questões colocadas têm como objetivo o *feedback* da aluna sobre o local de estágio. Com a aplicação deste questionário a aluna avalia o local de estágio enquanto meio facilitador de aprendizagem.

2.4 PROCEDIMENTOS

Os procedimentos realizados serão descritos de acordo com o planeado e com o implementado. Alguns procedimentos sobrepõem-se, mas outros só com o decorrer da implementação fazem sentido serem descritos.

2.4.1 PLANEAMENTO

Para uma supervisão efetiva, deve existir um claro conhecimento sobre os papéis a desempenhar e daí advém a importância do planeamento dos objetivos e das atividades.

O primeiro passo a ser efetuado foi a formalização e autorização do estágio junto do diretor do serviço de MFR.

Seguidamente, a educadora clínica planeou a utilização dos casos enquadrados em doenças do foro neurológico como fonte de situações clínicas de aprendizagem, de modo a garantir o número de utentes para a realização do estágio, de acordo com as orientações fornecidas pelas normas orientadoras da ESSA para a unidade curricular Estágio II.

O passo seguinte prendeu-se com a escolha de um modelo de supervisão, recaindo a escolha sobre o *Continuum* de supervisão (Anderson, 1988).

Aproveitando a reunião semanal de equipa, informaram-se os outros elementos participantes (fisiatra, fisioterapeutas, terapeuta ocupacional e neuropsicólogo) da realização do estágio de mestrado em supervisão clínica e dos objetivos inerentes ao processo de supervisão. Foi igualmente abordada em traços gerais a metodologia a desenvolver com a aluna e solicitada a colaboração desta na integração e desenvolvimento profissional, com possibilidade de assistência de sessões de fisioterapia, terapia ocupacional e neuropsicologia.

Ainda na fase de preparação do estágio, foi elaborado um conjunto de instrumentos que serviram de suporte durante o decorrer deste.

Para a integração da aluna foi elaborada uma apresentação em *powerpoint* contendo os seguintes aspetos: breve historial sobre o hospital; localização de serviços; missão, valores e organograma do hospital; missão, objetivos e organograma do serviço de MFR; constituição total da

equipa do serviço e a divisão dos mesmos por áreas de intervenção; os objetivos e constituição da equipa de terapia da fala; caracterização da população atendida; percurso do utente que é referenciado para terapia da fala; tipo de intervenção prestada em internamento e ambulatório e por último os encaminhamentos possíveis dos utentes.

Foi elaborado pela educadora clínica uma folha de registo para as reuniões semanais (Apêndice XII) entre esta e a aluna, baseada nos pressupostos de Carvalho e Gomes (2003). O conteúdo da folha de registo das reuniões, visava a integração das aprendizagens da aluna e a pesquisa de áreas fortes e áreas mais fracas com o objetivo de arranjar soluções e as poder desenvolver futuramente. Semanalmente era estabelecida uma agenda de trabalho do conhecimento da aluna, deixado um espaço em aberto utilizado pela aluna ou pela educadora clínica, consoante as necessidades.

Foi também elaborado pela educadora clínica uma folha de registo das expectativas, necessidades e/ou preocupações relativas ao estágio por parte da aluna, já descrita no ponto relativo aos instrumentos, um cronograma para a planificação dos objetivos pedagógicos (Apêndice XIII) e selecionado o questionário a aplicar para identificar qual o estilo de aprendizagem da aluna (CHAEA, versão portuguesa; Miranda, 2005).

A aluna foi informada telefonicamente sobre o horário do estágio, o tipo de farda a utilizar e a localização geográfica do hospital e do serviço de MFR.

2.4.2 IMPLEMENTAÇÃO

No primeiro dia de estágio procedeu-se a todo um ritual burocrático de estágio, tendo em conta algumas das condições inerentes à instituição. Iniciou-se a integração da aluna com a apresentação desta ao serviço de MFR sendo este o primeiro contato com a educadora clínica. Foi atribuído um cacifo no vestiário feminino para poder guardar os objetos pessoais até ao final do estágio. A utilização de farda e a obrigatoriedade de identificação fazem parte dos requisitos da instituição, pelo que lhe foi atribuído um cartão de identificação emitido pela Unidade de Desenvolvimento e Formação da referida unidade hospitalar, no qual consta o nome do estagiário, a instituição universitária a que pertence, o serviço no qual decorre o estágio e o respetivo período.

Procedeu-se à apresentação formal junto do diretor de serviço de MFR e à apresentação dos elementos da equipa clínica de MFR que dá apoio ao serviço de neurologia, bem como uma breve apresentação da disposição e localização dos diferentes gabinetes inseridos no serviço.

Ocorreu uma primeira reunião formal entre a educadora clínica e a aluna, com o objetivo: de troca de informações relativas às tarefas de estágio incluindo o projeto de investigação (inerentes ao processo de aprendizagem de qualquer aluno), de apresentação com recurso a um *powerpoint* sobre

o serviço e especificação do processo inerente também ao facto de a educadora clínica estar em situação de estágio e qual a colaboração/tarefas esperadas para este contexto. Após esta explicação foi acordado entre a aluna e a educadora clínica as tarefas a desenvolver neste período de estágio.

Dentro da etapa da implementação, iremos descrever os procedimentos usados, quer no que diz respeito à conceção do modelo (fase de avaliação/feedback, fase de transição e fase auto avaliação), quer nas exigências do programa da unidade curricular Estágio II. Procurando conciliar estes dois objetivos, pretendeu-se identificar o nível de conhecimentos teóricos e o estilo de aprendizagem da aluna.

De acordo com o modelo teórico de abordagem foi solicitado à aluna o preenchimento do questionário de estilo de aprendizagem CHAEA (Miranda, 2005) e posteriormente o preenchimento da folha criada para registar as suas expetativas, necessidades e/ou preocupações relativas ao estágio. Foi igualmente pedido a formulação dos seus objetivos de aprendizagem e aprovação do cronograma de estágio, com a calendarização das atividades, após discussão do mesmo (Apêndice XIV).

Com base nos interesses pessoais da aluna (expetativas e objetivos), nos aspetos éticos, nos objetivos da educadora clínica tendo em conta os seus e os da área de terapia da fala, e na sua potencialidade de concretização dado o modo de organização e funcionamento da instituição, foi elaborado o contrato de aprendizagem (Apêndice XV).

Ficou decidido entre aluna e educadora clínica, aquando da elaboração conjunta do contrato de aprendizagem, que este contemplaria os objetivos de ambas.

De acordo com o modelo *Continuum* foi elaborado pela aluna e educadora clínica, um conjunto de objetivos para o período de observação, decorrido nas duas primeiras semanas, enquadrando-se este na fase de avaliação/*feedback*. Nesta fase a aluna maioritariamente observou os casos clínicos da educadora clínica, em que esta fornecia todas as informações biopsicossociais, história clínica, resultados da avaliação de terapia da fala, diagnóstico, o plano de intervenção e a metodologia. Esta fase permite à aluna rever e questionar aspetos relativos a conceitos teóricos e à prática profissional. Nesta fase optamos pelo uso de estilo predominantemente diretivo.

Foram realizadas reuniões informais sem guiões previamente estipulados, ou no final da sessão observada ou no final do dia, para reflexão oral conjunta sobre o observado. Sentiu-se necessidade de abordar temas da dinâmica hospitalar, como morte de utentes acompanhados, situações de agravamento clínico súbito de utentes em intervenção pela terapia da fala, ambiente de enfermaria e situação social de abandono de utentes em hospital.

De acordo com as tarefas necessárias para a unidade curricular a aluna elaborou os protocolos de avaliação da disartria e disfagia e tomou contacto com os instrumentos de avaliação utilizados

pelo gabinete de terapia da fala da unidade hospitalar (Bateria de Avaliação da Afasia de Lisboa, *Token Test*, Teste de Nomeação *Armstrong*, Perfil de Comunicação Funcional). Também teve acesso a todo o material existente no gabinete para intervenção com utentes que apresentem problemas de linguagem, fala e deglutição.

Uma vez que o modelo apela a que haja sensibilidade para as expectativas da aluna, a educadora clínica foi fazendo um confronto, sempre que possível, entre o acompanhamento em terapia da fala em crianças e adultos, focando aspetos como o comportamento, motivação, dificuldades e evolução dos diferentes casos.

De acordo com o guião pré-estabelecido foram realizadas as reuniões semanais ao longo de todo o estágio. A educadora clínica elaborou um registo diário para poder refletir sobre as práticas exercidas diariamente de forma a dar significado ao que foi observado e ao registo das preocupações e ações a serem desenvolvidas (Villas Boas, 2006).

Paralelamente também assistiu às reuniões semanais da equipa que dá apoio ao serviço de neurologia, servindo estas para a discussão dos casos em acompanhamento.

No final desta fase, a aluna e a educadora clínica avaliaram os objetivos que tinham elaborado e formularam os da fase seguinte.

Esta, de acordo com o modelo será chamada a fase de transição sendo estabelecidos dois períodos. Num primeiro momento é dado ênfase à avaliação, diagnóstico e prognóstico dos utentes que iriam ser selecionados como casos de intervenção da aluna, posteriormente a parte do plano de intervenção, metodologia e aconselhamento ao utente/cuidador.

A dinâmica do local de estágio favorece que seja a aluna a estabelecer o primeiro contato entre o utente e a terapia da fala, pois permite à aluna ter a noção de todo o percurso clínico, estimulando na aluna a responsabilidade pelo utente, o trabalho em equipa com os outros profissionais e a análise da evolução do caso. Assim, ao elaborar os objetivos para este período, contemplou-se o primeiro contato direto com a população sendo solicitado à aluna que por escrito registasse as suas expetativas, sentimentos, necessidades e/ou preocupações e como pensava ultrapassar essas dificuldades durante essa semana, registando no final da mesma semana se as expetativas se tinham concretizado, como se sentia, se as necessidades e/ou preocupações se mantinham e daqui para a frente como pensava ultrapassar as dificuldades.

No período destinado à realização das avaliações dos utentes pela aluna, não houve casuística suficiente para a aluna realizar as avaliações (no total de três), pelo que este período foi prolongado por mais uma semana. Os poucos casos solicitados para avaliação não eram relevantes para aprendizagem.

Os casos selecionados para a aluna intervir reportam-se a casos novos que foram solicitados do internamento do serviço de neurologia, e que iriam continuar intervenção em regime ambulatorio o que permitiria um maior acompanhamento. Assim sendo, os casos foram atribuídos faseadamente à medida que foi realizada a seleção dos mesmos.

A aluna foi abordada no sentido de querer ou não a presença da educadora clínica nas suas primeiras sessões, mas optou pela sua presença.

Tendo como pressuposto o modelo, referindo a importância das reflexões como forma de promover o desempenho, após a atribuição do primeiro caso, solicitou-se as suas expectativas e necessidades/preocupações. Após ter realizado uma semana completa de intervenção, foi solicitado à aluna que elaborasse uma reflexão sobre o balanço do seu desempenho e os seus sentimentos.

Participou de forma ativa nas reuniões da equipa que dá apoio ao serviço de neurologia, sendo responsável pelo resumo clínico dos seus casos perante os elementos da equipa multidisciplinar.

Uma das preocupações da educadora clínica ao longo de todo o estágio foi a introdução de reflexões orais sobre várias questões no final da sessão ou do dia. Essas questões prendiam-se com aspetos relativos aos casos observados, solicitando à aluna a sua opinião sobre o seu desempenho na sessão ou formas pessoais de visualizar as situações vivenciadas. Tinha como objetivo a perspetiva da aluna sobre o seu trabalho, com discussão e orientação da educadora clínica. Era igualmente questionada sobre dúvidas ou comentários, relativas aos casos observados da intervenção da educadora clínica.

Fazendo parte da avaliação da unidade curricular, a aluna elaborou a auto avaliação, tendo como base a ficha de avaliação diagnóstica da ESSA, e no final da terceira semana como o previsto no cronograma, foi discutida a avaliação diagnóstica entre aluna e educadora clínica.

Tendo por base o modelo *Continuum* de supervisão, aplicou-se a escala da partilha de expectativas (Anderson, 1988), na quinta semana de estágio.

O *feedback* fornecido pela educadora clínica nesta fase foi dado na forma oral e escrita. O *feedback* escrito foi fornecido através das correções necessárias no estudo de casos apresentados, através da avaliação dos objetivos estabelecidos para esta fase e da avaliação diagnóstica. À medida que a aluna foi progredindo a nível das aprendizagens o *feedback* por parte da educadora, foi-se modificando. No início era mais concreto e específico, baseado em situações e comportamentos observados e para o final, já envolviam questões de previsão de comportamentos ou sentimentos.

Realizou-se a avaliação dos objetivos propostos para estas três semanas entre aluna e educadora e elaboraram-se os objetivos para o período seguinte, tendo em conta as necessidades da aluna para a aprendizagem. Ficou estabelecido que estes objetivos seriam pelo período de um mês.

Para a melhoria das competências técnicas foi solicitado a elaboração de estudos de caso seguidos pela aluna, constando os dados pessoais, história clínica, avaliação, diagnóstico, prognóstico, plano de intervenção, metodologias e as orientações à família. A relação terapêutica, a reflexão sobre o desempenho, raciocínio clínico e aspectos éticos, foram outros aspectos considerados para o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais.

Tendo em conta o estilo de aprendizagem predominantemente reflexivo da aluna, além da discussão sobre os casos de ambas, foi solicitado à aluna que em casa elaborasse uma reflexão escrita sem guião, do caso avaliado, pela primeira vez na enfermaria do serviço de Neurologia, situação esta nova para a aluna.

Aplicou-se novamente a escala de partilha de expectativas entre supervisor e aluno (Anderson, 1988), no início da nona semana e discutiu-se a progressão efetuada ao longo do estágio e o estilo de supervisão em vigor.

Solicitou-se o preenchimento do questionário do *feedback* do aluno para o educador clínico adaptado de McAllister *et al.*, (1997) com o intuito de poder ser discutido entre aluna e educadora de forma a melhorar algum aspeto até ao fim do estágio.

Nesta altura aplicou-se um estilo predominantemente colaborativo em que a educadora e a aluna partilham experiências, definem objetivos comuns, corresponsabilizam-se pela implementação da prática clínica.

Tendo em conta o local e o trabalho em equipas multidisciplinares, teve oportunidade de observar sessões de tratamento de fisioterapia e de terapia ocupacional dos seus casos de intervenção. Assistiu a duas avaliações de neuropsicologia para conhecimento do conteúdo dessa valência.

Elaborou relatórios para altas hospitalares e de reavaliação para a consulta de Fisiatria dos seus casos em acompanhamento.

Conforme avaliação da unidade curricular na décima semana de estágio, procedeu-se à avaliação formativa da aluna conforme ficha de avaliação da ESSA, tal como previsto no cronograma, e foi-lhe solicitada previamente a auto avaliação para discussão e formalização da avaliação.

Foram avaliados os objetivos propostos para este período e discutidos os próximos a serem elaborados para o último mês de estágio, privilegiando maior autonomia e independência da aluna.

Segundo os objetivos da unidade curricular, programou e executou reuniões de orientação à família dos utentes em intervenção e elaborou um relatório de encaminhamento de um utente.

A aluna optou por realizar o projeto de investigação de forma autónoma sem recorrer ao apoio da educadora clínica. Efetuou a pesquisa e elaborou um panfleto com orientações à família dos utentes sobre disfagia.

Voltou a preencher o questionário de partilha de expetativas (Anderson, 1988), assim como a educadora clínica na décima segunda semana de estágio.

Nesta fase a aluna encontra-se mais independente da educadora, necessitando de menor apoio por parte desta. Aplicou-se um estilo predominantemente consultivo por parte da educadora clínica. A aluna responsabiliza-se pela implementação da prática clínica de forma autónoma necessitando apenas de orientações.

Realizou a reavaliação dos seus casos e fez a análise da eficácia do plano de intervenção e a reformulação dos planos quando necessário.

Segundo o pressuposto do modelo, foi aplicado o questionário de avaliação do local de estágio baseado em APTA (2004), com o objetivo da aluna dar *feedback* sobre o local de estágio.

A supervisão clínica deve permitir um *Continuum* de análise reflexiva e crítica, que assegure a qualidade dos serviços prestados ao cliente (Bishop, 2007), por isso a aluna solicitou junto dos dois utentes acompanhados pela mesma, primeiro em regime de internamento e depois em ambulatório, que preenchessem o questionário de satisfação da área de terapia da fala, com o objetivo de ter conhecimento sobre a forma como os utentes avaliam o seu desempenho. Este instrumento encontra-se em vigor desde 2008 nesta unidade hospitalar para utentes que usufruam de intervenção em terapia da fala em regime ambulatório, adaptado de “Sistema de avaliação da qualidade apercebida e satisfação do utente nos hospitais S.A.” (2003) (Anexo III).

Mais uma vez preencheu na última semana (décima quinta) de estágio a escala de partilha de expetativas (Anderson, 1988), para confirmar se o último nível do *Continuum* estava atingido. O educador clínico também preencheu a escala.

No primeiro caso atribuído, foi solicitado que realizasse uma reflexão escrita sobre o decorrer da primeira semana. Agora na última semana de intervenção, foi solicitado à aluna que, por escrito, refletisse sobre o acompanhamento efetuado à utente, como analisa os seus sentimentos e progressos conseguidos, assim como foi solicitado uma reflexão escrita sobre o balanço final do estágio e se os objetivos de aprendizagem tinham sido atingidos. Os objetivos estabelecidos para o último mês foram avaliados conjuntamente e verificou-se o cumprimento do contrato de aprendizagem.

Tendo em conta a avaliação da unidade curricular a aluna preencheu a auto avaliação referente à ficha de avaliação sumativa da ESSA e foi discutida entre aluna e educadora a avaliação final.

Por fim preencheu o questionário de avaliação do estágio (Anexo IV) existente e aplicado pelo serviço de MFR a todos os alunos que por ali passam, dado que uma das suas vertentes é a formação de futuros profissionais de saúde, existindo estágios nas áreas de terapia da fala, fisioterapia e terapia ocupacional. O questionário é composto por três partes, uma referente ao local de estágio, outra em relação ao educador clínico e por fim em relação à satisfação global relativa ao estágio. Existe um espaço para comentários, críticas ou sugestões.

3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Seguidamente, apresentamos os resultados obtidos através da aplicação dos instrumentos utilizados durante o processo de supervisão. Os resultados serão apresentados e discutidos neste capítulo.

3.1 RESULTADOS DAS EXPETATIVAS

3.1.1 EXPETATIVAS RELATIVAS AO ESTÁGIO

A análise de conteúdo realizada segundo Ghiglione e Matalon (2001), cujo resumo apresentamos no quadro 2, incidiu sobre os dados obtidos pela folha de registo de expetativas, solicitada no início do estágio. Tendo sido pedido no final do estágio, o balanço sobre as expetativas iniciais. Como os pressupostos são os mesmos, optou-se por incluir os dois registos no mesmo quadro.

Quadro 2. Resultado da análise de conteúdo das expetativas, necessidades/preocupações iniciais e finais.

Indicadores	Categorias	Subcategorias
Expetativas	1-Aprendizagens 2-Prática clínica 3-Estrutura hospitalar 4-Relação terapêutica 5-Trabalho em equipa	Inicial 1-Espera conseguir avaliar e intervir com patologia neurológica 2-Os estágios são os locais onde se aprende mais, pelo contacto com a realidade e a possibilidade de intervir 3-Funcionamento de uma unidade hospitalar e o serviço de MFR 4-Estabelecer um relacionamento adequado com os utentes 5-Integração em equipas multidisciplinares
		Final 1-Fez aprendizagens específicas: afasias, disartrias e disfagias 2-Considera que aprendeu muito 3-Aprendeu sobre funcionamento hospitalar e gestão 4-Sente-se à vontade com os utentes adultos 5-Aprendeu o funcionamento do trabalho em equipa
Necessidades/ Preocupações	6-Meio hospitalar 7-População	Inicial 6-Receio pelas situações que possam surgir no internamento 7-Adultos, considera ter mais jeito para crianças
		Final 6-Ultrapassou as dificuldades ao longo do tempo com a prática clínica e a vivência do dia-a-dia 7-Foi desmistificando a ideia errada que tinha sobre a população adulta

Pela análise do quadro acima podemos constatar que no início do estágio, as expectativas são maiores que as preocupações, no entanto, o teor das preocupações, poderiam comprometer o desempenho da aluna. No final do estágio a aluna considera que as suas expectativas foram concretizadas e as preocupações ultrapassadas. Para Russel-Chapin e Chapin (2011) identificar as necessidades pessoais de cada aluno é um dos pontos mais importantes, pois permite minimizar os pontos fracos. O modelo *Continuum* de supervisão (Anderson, 1988) preconiza a aquisição de aprendizagens ao longo da supervisão. Os resultados obtidos enquadram-se na teoria.

3.1.2 EXPECTATIVAS RELATIVAS À PRIMEIRA SEMANA DE INTERVENÇÃO

De acordo com os mesmos autores iremos apresentar e discutir a análise de conteúdo das expectativas relativas à primeira semana de intervenção (terceira semana de estágio) e comparar com o final da semana, (quadro 3).

Quadro 3. Resultado da análise de conteúdo das expectativas, sentimentos, necessidades/preocupações e como superar dificuldades da primeira semana de intervenção/final da semana.

Indicadores	Categorias	Subcategorias
Expetativas	Recolha de dados (1 E) Análise de dados (2 E)	Inicial 1-E) Não omitir informação na aplicação da avaliação e analisá-la 2-E) Chegar ao diagnóstico
		Final 1-E) Aspetos a repensar e melhorar 2-E) Aspetos a repensar e melhorar
Sentimentos	Ansiedade (3 S) Motivação (4 S)	Inicial 3-S) Alguma ansiedade inicial 4-S) Vontade de iniciar a prática
		Final 3-S) A ansiedade diminuiu e sente-se mais calma 4-S) Com a prática consegue controlar os sentimentos
Necessidades/ preocupações	Recolha de dados (5 N) Empatia (6 N)	Inicial 5-N) Realizar avaliações sem erros e sem omissões 6-N) Estabelecimento de relação terapêutica
		Final 5-N) Ainda mantém alguma ansiedade que interfere no desempenho 6-N) Ainda apresenta ansiedade, mas mais controlada
Ultrapassar dificuldades	Prática (7 D)	Inicial 7-D) Praticando, pode identificar as dificuldades e ultrapassá-las
		Final 7-D) Organização das sessões melhora a prática

Como podemos verificar no quadro as expectativas não foram totalmente superadas no final da semana o que seria de esperar, porque as expectativas que a aluna referiu, vão de encontro aos objetivos elaborados no início dessa semana, mas pelo período de 15 dias, para promover a prática através da avaliação de vários utentes. Os modelos de desenvolvimento como o *Continuum* de Anderson (1988) têm em conta o desenvolvimento das capacidades dos alunos através das

experiências que vão tendo ao longo da educação clínica. Por isso é normal, que no final da primeira semana de avaliação de utentes, a aluna ainda considere que tem aspetos a melhorar.

Em relação aos seus sentimentos a aluna refere que evoluiu ao longo da semana e que se sente menos ansiosa e mais calma, no entanto é uma situação que ainda a preocupa por se refletir no desempenho. Pfister e Tennent-Ponterio (2000) referem que os alunos têm necessidades conscientes e inconscientes quando integrados no local de estágio e cada indivíduo têm uma forma inata de reagir a situações novas e de adaptação nas situações clínicas. O sentimento de ansiedade numa fase inicial é frequente e normal. O facto, da aluna referir que está motivada para iniciar a prática, considera-se um aspeto muito positivo, pois para a UNESCO (1980, citado por Carvalho & Gomes, 2003) qualquer situação de aprendizagem tem que ter em conta a motivação e interesses do aluno. Por último, considerava ultrapassar as dificuldades através da prática como forma de identificar dificuldades, o que aconteceu e lhe permitiu uma melhor organização das sessões que se traduziu num melhor desempenho, estando de acordo com Carvalho e Gomes (2003) que afirma que a aquisição das aprendizagens se faz através do contexto real de trabalho.

3.2 AVALIAÇÃO DOS OBJETIVOS

Os resultados relativos à avaliação dos objetivos, encontram-se descritos no quadro 4.

Quadro 4. Resultado da avaliação dos objetivos.

Objetivos	Atingiu	Não Atingiu
Primeira Fase		
Integrar a aluna no serviço de MFR	√	
Proporcionar conhecimento sobre os utentes acompanhados pela educadora clínica	√	
Realizar o planeamento do estágio	√	
Segunda Fase		(Período alargado por uma semana)
Realizar a avaliação adequada aos utentes	√	
Desenvolver o raciocínio clínico	√	
Desenvolver a relação terapêutica	√	
Terceira Fase		
Desenvolver a capacidade de intervenção terapêutica	√	
Elaborar plano terapêutico individual	√	
Realizar intervenção indireta	√	
Trabalhar em equipa multidisciplinar	√	
Reconhecer o seu processo de aprendizagem	√	
Quarta Fase		
Demonstrar proatividade na aprendizagem	√	
Elaborar o projeto de investigação	√	
Fazer a reavaliação e reformulação de planos	√	
Demonstrar autonomia na intervenção de utentes com perturbação neurológica	√	

Todos os objetivos estabelecidos para as quatro fases, foram atingidos no tempo previsto, com exceção da segunda fase, em que teve que ser alargado o período por mais uma semana, por falta de

número de utentes suficiente para realizar as avaliações. Após o tempo de alargamento todos foram atingidos.

O sucesso do processo de supervisão segundo ASHA (2005) deve-se à elaboração conjunta dos objetivos e de acordo com Anderson (1988, citado por McLeod *et al.*, 1997) à participação ativa do aluno no processo de aprendizagem, visto ser um dos aspetos principais do modelo *Continuum* para a promoção das aprendizagens.












Tendo em conta os critérios de avaliação de acordo com a folha da unidade curricular da ESSA, na ficha de avaliação diagnóstica a aluna apresenta uma média situada no item bom, após o decorrer das duas fases iniciais de objetivos, na avaliação formativa, a aluna apresenta o valor médio de 15 valores e na avaliação sumativa, verificamos uma média de 16 valores. Podemos dizer de forma geral, que os objetivos foram atingidos com bom nível de sucesso.

Comparando com a auto avaliação da aluna, verifica-se que apresenta as mesmas médias nos três momentos de avaliação, concluindo que a aluna consegue avaliar-se corretamente.

3.3 RESULTADOS DA ESCALA DE PARTILHA DE EXPETATIVAS

No quadro 5 representamos o resultado do preenchimento da escala de partilha de expetativas no modelo *Continuum*, realizada à educadora clínica e aluna separadamente, nos diferentes momentos de aplicação selecionados.

Quadro 5. Resultado da escala de partilha de expetativas.

Avaliação/ Feedback	Transição	Auto Avaliação
5ª semana	Educadora Clínica: 	
	Aluna: 	
9ª semana	Educadora Clínica: 	
	Aluna: 	
12ª semana	Educadora Clínica: 	
	Aluna: 	
15ª semana		Educadora Clínica: 
		Aluna: 
<hr/>		
		Educadora Clínica
		Aluna
Legenda:		Pares

Pela análise do quadro acima, podemos constatar que foram sempre coincidentes as opiniões no preenchimento da escala, evidenciando o diálogo existente entre aluna e educadora clínica. Outro aspeto foi a progressão verificada ao longo das semanas de estágio, no sentido da autonomia da aluna. A ASHA (2008) também refere a importância da partilha de informação entre aluno e educador clínico. Reconhecendo o modelo *Continuum* como o mais eficaz na progressão das aprendizagens do aluno.

3.4 AVALIAÇÃO DAS REFLEXÕES

3.4.1 REFLEXÃO DA PRIMEIRA SEMANA DE INTERVENÇÃO COM A PRIMEIRA UTENTE

A análise de conteúdo efetuada, descrita no quadro 6, incidiu sobre os dados obtidos da reflexão sem guião solicitada na terceira semana de estágio, referente ao decorrer da intervenção com a primeira e única utente da aluna, nesta data.

Quadro 6. Resultado da análise de conteúdo da reflexão sobre a intervenção com a primeira utente.

Temas	Categorias	Subcategorias
Dificuldades	Intervir com adultos	Provoca ansiedade Um pouco assustada e insegura O aspeto jovem provoca insegurança
	Sessão	Sentimento de não estar a ajudar a utente Dar atividades para fazer sem explicar o objetivo à utente Pouco diálogo Não corrigir os erros da utente
	Conversar com a utente	Por ser tímida Gosta mais de ouvir do que falar “Têm que puxar por mim para falar”
Estratégias	Para diminuir a ansiedade e insegurança	Organizar toda a sessão (estruturar e planear ao pormenor)
	Expor os sentimentos à educadora clínica	As orientações dadas pela educadora clínica, proporciona sessões mais positivas para a aluna e para a utente
	Aprender estratégias para conversar com a utente	Programar o tema previamente e levar escrito para não se esquecer Com a prática vai estando mais à vontade
Balanço	Considera positivo	Houve evolução desde a primeira sessão até à última desta semana por parte da aluna e utente Estão ambas (aluna, utente) mais à vontade
	Sente-se bem com o seu desempenho	Gosta de exercer terapia da fala, de intervir com adultos na área de neurologia Necessita de aprender, melhorar e refletir após cada sessão

Como podemos verificar, analisando o quadro acima, no fim da primeira semana de intervenção com a utente, referiu sentir dificuldades em intervir com adultos, provocando-lhe ansiedade e insegurança, afetando o seu desempenho. Como já referimos anteriormente, segundo Pfister e Tennent-Ponterio (2000) o sentimento de ansiedade numa fase inicial é normal. Durante a semana, arranjou estratégias para controlar a ansiedade, através de diálogo com a educadora clínica

e a estruturação das sessões, considerando o balanço positivo, pois notou evolução, necessitando de continuar a refletir após cada sessão para melhorar. Segundo Carvalhal e Gomes (2003) só aplicando uma relação de ajuda, os educadores clínicos poderão fortalecer as competências interpessoais dos alunos, melhorando as relações terapêuticas com os utentes. O mesmo autor refere que só respeitando o carácter único do aluno se consegue estabelecer uma relação empática, potenciadora de uma relação de ajuda. McLeod *et al.*, (1997) salienta a necessidade de reflexão para atingir maturidade. Demonstrou identificar as suas dificuldades e arranjar estratégias para as ultrapassar, melhorando a relação terapêutica. A aluna nesta data encontrava-se na fase de *feedback* do modelo *Continuum* de supervisão, que de acordo com Lincoln *et al.*, (1997) o *feedback* tem como objetivo que o aluno compreenda a visão do educador clínico sobre a sua intervenção com os utentes em contexto clínico, ensinando estratégias para a melhoria das competências comunicativas.

3.4.2 REFLEXÃO FINAL DA INTERVENÇÃO COM A MESMA UTENTE

Após solicitação da reflexão escrita sem guião, sobre o balanço do acompanhamento da utente desde a terceira até à última semana de estágio, encontram-se os resultados no quadro 7.

Quadro 7. Resultado da análise de conteúdo da reflexão no final da intervenção com a primeira utente.

Temas	Subcategorias
Existência de evolução	Diminuição do nível de ansiedade Melhoria da qualidade da relação terapêutica Maior atenção ao que a utente transmite Melhoria da triagem da informação que a utente fornece, aproveitando para realizar atividades em próximas sessões Sessão realizada de forma mais calma, centrada na utente e não nas atividades Registo de resultados mais adequado e de forma a planear as próximas sessões Maior interação e feedback entre aluna e utente Satisfação com o desempenho porque a utente melhorou e a aluna considera que aprendeu Nas sessões passou de sentimento de medo e insegurança para se sentir mais segura
Dificuldades	Pouca variedade de atividades dado os objetivos de intervenção e a falta de criatividade para o material a utilizar

Ao analisarmos o quadro acima, podemos referir que segundo a aluna houve evolução em muitos dos aspetos que referiu como dificuldades iniciais. Na reflexão do processo de intervenção com a utente, demonstra conhecimento dos aspetos importantes a ter em conta, sentindo-se mais segura e autónoma no seu desempenho, sendo o número de itens referentes à evolução superior ao das dificuldades. Isto vai de encontro à fase de auto avaliação do modelo *Continuum* de supervisão de Anderson (1988), onde a aluna se encontra nesta altura de estágio. Referiu ainda alguma falta de criatividade para as atividades a desenvolver com a utente. O mesmo autor referido em cima, afirma que certas competências podem estar na fase final e outras na fase inicial, porque o modelo não tem prazos definidos para os alunos adquirirem as competências, o importante é o reconhecimento pelo

aluno dos seus pontos fracos para os poder ultrapassar. A ASHA (2005) refere que este modelo é único pelo facto de os alunos se movimentarem ao longo do *Continuum*, avançando e recuando, mediante novas práticas clínicas, novos utentes ou procedimentos.

A utente acima referida preencheu o questionário de satisfação relativo à área de terapia da fala do serviço de MFR da unidade hospitalar (Apêndice XVI), aplicado na mesma altura da reflexão escrita da aluna, fazendo uma avaliação muito positiva da intervenção efetuada pela aluna, indo de encontro e reforçando a análise efetuada pela aluna sobre a evolução do seu desempenho.

3.4.3 REFLEXÃO SOBRE A AVALIAÇÃO INFORMAL EM ENFERMARIA

Os dados apresentados no quadro 8, foram retirados da reflexão sem guião, referente a uma avaliação realizada pela primeira vez, em enfermaria com um utente.

Quadro 8. Resultado da análise de conteúdo da reflexão sobre a primeira avaliação em enfermaria.

Temas	Subcategorias
Aspetos menos conseguidos	Estado de ansiedade e nervosismo Receio e pouco à vontade com a patologia Esquecimento de material necessário para a avaliação Falta de calma Não ter dado a devida atenção às perguntas e respostas do utente Não se identificou verbalmente perante o utente. Alterou a ordem do protocolo de avaliação da deglutição de líquidos
Aspetos positivos	Conseguir contornar a falta de um objeto na prova da nomeação Oportunidade de voltar a estar com o utente de forma a melhorar o desempenho
Aspetos a melhorar	Questionar o utente sobre as suas queixas para adequar a avaliação a realizar e estabelecer relação Manter a calma e registar melhor os dados da avaliação Relacionar os dados que vai registando Não emitir juízos de valor ou opiniões pessoais sobre algo que o utente refira Ser assertiva nas informações/orientações a dar ao utente

Do conteúdo da reflexão, conseguimos inferir que a aluna considera que na sessão houve maior número de aspetos negativos do que positivos. Deteta as suas fraquezas no decorrer da sessão, e através do processo de reflexão, consegue perceber o que tem que melhorar na sessão seguinte. Como referem Viveiros e Medeiros (2005), os alunos que preferem um modelo de supervisão marcadamente reflexivo, fazem um diálogo constante entre a teoria e a prática, utilizando a reflexão teórica como forma estruturadora da ação. A aluna nesta altura encontra-se na fase de transição do modelo *Continuum* de supervisão Anderson (1988), conseguindo de forma autónoma identificar as situações e propor resolução sem recorrer às orientações do educador clínico, o que vai de encontro ao previsto.

3.4.4 REFLEXÃO DO FINAL DE ESTÁGIO

O conteúdo analisado reporta-se aos dados retirados da reflexão realizada na última semana de estágio, sem guião prévio. Os resultados estão representados no quadro 9.

Quadro 9. Resultado da análise de conteúdo da reflexão do final de estágio.

Temas	Subcategorias
Objetivos iniciais de aprendizagem	Meio hospitalar: aprender a estar no hospital, participar ativamente, gostar do contexto, aprender parte burocrática, trabalho em equipa e sentir-se mais preparada e esclarecida Avaliação correta em todas as patologias (afasia, disartria e disfagia) Prática clínica, com melhoria da relação terapêutica ao longo do estágio Ganhos profissionais e pessoais, para alargar os seus horizontes no sentido de trabalhar com população adulta
Aspetos positivos de uma aprendizagem controlada	Estruturada: observação, avaliação e intervenção, sempre com maior grau de autonomia, ajudou na sistematização da aprendizagem Existência de cronograma: permite organizar o tempo e verificar as datas de entrega dos trabalhos A existência de reuniões semanais, pois possibilita a exposição de qualquer assunto A disponibilidade do educador clínico para ouvir e ser interativo melhorando a autonomia do aluno As auto avaliações e as reflexões ajudam o estagiário a refletir sobre o seu desempenho: o que não correu bem, o que melhorar e como melhorar. Ajudam a detetar falhas para melhorar Os objetivos escritos de forma estruturada e por fases foram importantes por serem organizadores e darem a noção do que é exigido em cada fase
Aspetos negativos devido a fatores externos ao estágio	Pessoais: cansaço, enxaquecas e ansiedade inicial Local: numa semana poder haver muito trabalho e na outra não, nunca há previsão dos utentes a acompanhar

A aluna considerou o estágio como uma experiência positiva em termos profissionais, académicos e pessoais. No final do estágio, considera ter concretizado os seus objetivos iniciais, sentindo-se autónoma para trabalhar com esta população e em contexto hospitalar, que eram os seus maiores receios iniciais. Salienta os aspetos que contribuíram para essa aprendizagem, no seu entender estruturada: os objetivos estabelecidos por fases, o cronograma, as reuniões semanais entre aluna e educadora clínica e as auto avaliações e reflexões que beneficiam a aquisição das aprendizagens. Os aspetos positivos são em número maior do que os negativos e dão resposta aos objetivos de aprendizagem. Toda a análise realizada pela aluna vai de encontro ao modelo *Continuum* de supervisão de Anderson (1988), que tem como objetivo principal a independência do aluno para a sua própria supervisão. Preconiza igualmente a existência de reuniões para a integração das aprendizagens. A ASHA (2005) refere o sucesso do processo de supervisão pela partilha de informação na elaboração dos objetivos em conjunto. Analisa igualmente os fatores que influenciaram negativamente o estágio: aspetos pessoais e a oscilação do número de utentes em acompanhamento diariamente, indo de encontro ao descrito por Pfister e Tennent-Ponterio (2000) em que cada indivíduo tem uma forma inata de reagir ou demonstrar comportamentos caraterísticos

numa determinada situação e que esses comportamentos caraterísticos podem favorecer ou entavar o processo de supervisão em situações clínicas.

Comparando a análise destes resultados com os resultados quantitativos do questionário de avaliação do estágio (Anexo IV) aplicado na última semana, no item de satisfação global, constatamos que das quatro questões apresentadas respondeu em todas na opção cinco (concordo totalmente), reforçando a ideia de satisfação pelas aprendizagens conseguidas.

3.5 RESULTADO DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO EDUCADOR CLÍNICO

Utilizando o método de análise de conteúdo, apresentamos o resultado no quadro 10, que incidiu sobre os dados obtidos através de um questionário adaptado de Lincoln *et al.* (1997, citados por McAllister *et al.*, 1997) que pretendia que a aluna fornece-se feedback relativo à educadora clínica.

Quadro 10. Resultado da análise de conteúdo da avaliação ao educador clínico.

Temas	Categorias	Subcategorias
Disponibilidade e apoio	Esclarecer dúvidas	Dos casos
		Burocracia hospitalar
Clareza da comunicação	Conseguia compreender	O solicitado
		As explicações
Capacidade pedagógica	Perfil para terapeuta	Pedagogia
	Perfil para ensinar	
Feedback	Feedback positivo	Apoio
	Feedback de desenvolvimento	Fornece essa informação
		Forma construtiva
Aprendizagem	Casos atribuídos	Para não repetir os erros
		Patologias
		Atividades
		Relação terapêutica
	Espaço	Locus de controlo
Gabinete		
Integração	Enfermaria	
	Serviço	Mais tempo de partilha
	Equipa multidisciplinar	

No campo destinado aos comentários, a aluna considera o estágio positivo, tendo adquirido aprendizagem, autonomia e experiência. Faz uma avaliação positiva da educadora clínica, não apontando aspetos a melhorar. A referência que faz à disponibilidade e comunicação da educadora clínica vão de encontro a Carvalho e Gomes (2003) que refere que as relações interpessoais por parte do educador clínico são essenciais numa relação eficaz de ajuda, comunicando abertamente e apoiando os alunos na partilha de sentimentos e pensamentos. Relativamente à capacidade pedagógica, esta prende-se, segundo estudos realizados por Huet e Tavares (2005), com a necessidade do educador em refletir sobre a sua prática pedagógica e do seu envolvimento no processo de ensino-aprendizagem. Lincoln *et al.*, (1997) refere, que o feedback dado ao aluno,

ajuda-o a entender a especificidade de cada utente e promove a responsabilidade pelo seguimento terapêutico de excelência do utente. Foca também a importância do aluno dar feedback sobre o educador clínico, para compreender melhor a reciprocidade da relação de supervisão.

Comparando estes resultados com os resultados quantitativos da aplicação do questionário de avaliação do estágio (Anexo IV) aplicado no último dia, no parâmetro relativo ao educador clínico, podemos constatar que das cinco questões colocadas, obteve a pontuação máxima, pois todas as respostas se situam no valor cinco correspondente ao concordo totalmente.

3.6 RESULTADO DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Utilizando o método de análise de conteúdo, cujo resultado apresentamos no quadro 11, os dados foram obtidos através de um questionário adaptado de APTA (2004), aplicado na última semana, com o intuito de avaliar o local de estágio.

Quadro 11. Resultado da análise de conteúdo do questionário de avaliação do local de estágio.

Temas	Categorias	Subcategorias
Integração	Serviço	Pouca disponibilidade
	Equipa multidisciplinar	Em reunião
Regras/normas	Serviço	Ao longo do estágio
	Instituição	Ao longo do estágio
Participação em reuniões	Reuniões de equipa multidisciplinar	Discussão de casos do internamento
Condições físicas	Existência de gabinete	Intervenção com utentes do internamento
		Intervenção com utentes do ambulatório
Tempo para discussão	Existência de reuniões	Semanais
		Esclarecimento de dúvidas
		Casos novos
Diversidade de casos	Etiologia neurológica	Vários tipos de afasia
		Disfagias
		Disartrias
Documentação	Acesso aos processos clínicos dos utentes	Informação clínica

No campo dos comentários a aluna referiu fazer um balanço positivo do estágio e que este lhe proporcionou aprendizagens. Faz uma avaliação muito positiva sobre o local de estágio, referindo todos os aspetos que considerou importantes para a sua aprendizagem.

Quando comparamos este resultado com os resultados quantitativos da aplicação do questionário de avaliação do estágio (Anexo IV), no item do local de estágio, podemos salientar que das nove questões, responde no valor cinco às seis primeiras questões, no valor três às duas seguintes e no valor quatro na última.

4. CONCLUSÕES

Neste capítulo apresentaremos as conclusões, contributos e limitações possíveis de retirar deste estudo.

Partindo da questão que nos propusemos abordar no início do estudo, referente à análise da influência do modelo *Continuum* de supervisão de Anderson (1988) na aprendizagem e pretendendo igualmente verificar se os instrumentos/procedimentos utilizados contribuíram de alguma forma para a aprendizagem e autonomia da aluna, tentaremos descrever os achados mais relevantes, contribuindo assim para a melhoria da compreensão do processo de supervisão.

- As expetativas iniciais da aluna eram em maior número do que as necessidades/preocupações e foram todas alcançadas;
- As necessidades/preocupações iniciais referidas poderiam interferir de forma negativa no processo de aprendizagem da aluna, no entanto estas foram ultrapassadas com sucesso;
- Os objetivos elaborados conjuntamente com a aluna, foram alcançados;
- As reflexões efetuadas ao longo do estágio, permitiram que a aluna identifica-se os pontos fracos e delineia-se estratégias para ultrapassar as dificuldades, aumentando a sua autonomia;
- A aplicação da escala de expetativas do modelo *Continuum*, foi uma mais-valia, uma vez que através do diálogo e da partilha, facilitou o conhecimento do ponto da situação;
- A opinião positiva da aluna sobre a forma como decorreu o estágio, conseguindo identificar os aspetos que considerou favoráveis à sua aprendizagem;
- Pelo *feedback* que a aluna deu à educadora clínica, permitiu concluir que o acompanhamento efetuado através de aspetos como: a disponibilidade, comunicação, pedagogia, empatia e *feedback*, facilitaram as aprendizagens e a integração, e devem ser contemplados com o modelo;
- O facto de, tanto a aluna, como uma utente acompanhada pela aluna, efetuarem uma avaliação positiva do desempenho, o que é representativo do sucesso das aprendizagens.

Podemos ainda referir, que pela análise dos resultados dos instrumentos/procedimentos utilizados, demonstram existir congruência, o que aumenta a ideia de validade de que estes contribuíram para a aprendizagem e autonomia da aluna respondendo assim, que o modelo *Continuum* de supervisão teve influência nas aprendizagens.

A limitação deste estudo prende-se com o facto de não se poder tirar ilações, por poder não ser representativo da população.

Em estudos futuros, propõe-se a validação de instrumentos pedagógicos que sirvam de base para uma supervisão eficaz e a continuação da aplicação do modelo *Continuum* para verificar se os resultados serão idênticos noutros contextos.

III. ARTIGO CIENTÍFICO

Análise do locus de controlo e expetativas iniciais e finais da aprendizagem em contexto de estágio: estudo de caso

Resumo: O locus de controlo é a forma inata como cada pessoa reage a uma situação. Este estudo descritivo pretende identificar o tipo de locus de controlo e a sua relação com a aprendizagem em contexto de estágio curricular. O instrumento utilizado foi a escala *Internal, Powerful Others and Chance* (IPC) de Levenson para a avaliação do locus de controlo. A aplicação do instrumento teve como amostra, uma aluna a frequentar o último ano da licenciatura em terapia da fala, em contexto de estágio, numa unidade hospitalar. Após a análise do resultado, verificamos que a aluna apresenta um locus de controlo interno. No estudo de caso apresentado, podemos concluir que o tipo de locus de controlo interno da aluna teve influência na superação das preocupações iniciais e concretização das suas expetativas de aprendizagem clínica.

Palavras-chave: locus de controlo, escala IPC de Levenson, contexto hospitalar.

Abstract: The locus of control is innately how each person reacts to a situation. This descriptive study aims to identify the type of locus of control and its relationship to learning in the context of probation. The instrument used was the Levenson IPC scale for the assessment of locus of control. The instrument was to sample a student attending the final year of degree in speech language therapy in the context of stage in a hospital. After analyzing the results, we found that the student has an internal locus of control. In the case study presented, we conclude that the type of internal locus of control had an influence on the student overcome initial concerns and implementation of their clinical learning expectations.

Keywords: locus of control , Levenson's IPC Scale, the hospital context.

Introdução

Cada pessoa transporta consigo um conjunto de caraterísticas individuais, e uma das suas caraterísticas importante é o locus de controlo. O locus de controlo é a forma como cada indivíduo reage perante uma situação.

Os diferentes valores de cada um, vão orientar a adaptação de cada indivíduo ao meio.

A prática educativa de licenciaturas na área da saúde, dão grande ênfase, não só ao conhecimento, mas também à prática

profissional. O conhecimento clínico só é possível de ser adquirido em contato direto com a experiência clínica (Cruz, 1997). Essa experiência é realizada, através de estágios curriculares que podem ocorrer em vários tipos de organizações, entre as quais unidades hospitalares.

Este estudo de caso, pretende analisar a influência do tipo de locus de controlo da aluna na dinâmica do contexto hospitalar, de forma a ultrapassar as dificuldades e adquirir competências para o seu desempenho. Perceber neste caso, de que forma o tipo do seu locus de controlo melhorou a sua adaptação e desempenho a nível hospitalar.

Contexto hospitalar

Vários estudos realizados, demonstram que os profissionais que trabalham em contexto hospitalar sofrem muitas vezes de *stress*, dada a carga emocional exigida pelas situações vividas no dia-a-dia (Seabra, 1999). Lidar com situações de morte, grande incapacidade física e intelectual, exige por parte do profissional uma adaptação emocional adequada. Como tal, a missão, os papéis, as práticas profissionais, os objetivos e restrições são influenciadas pelo contexto institucional (Draper & Faulkner, 2009).

O conhecimento clínico é valorizado quando é possível de ser adquirido em contacto direto com a experiência clínica, pois é mais fácil de interiorizar o significado

clínico quando este é adquirido no contexto onde vai ser usado (Cruz, 1997).

Segundo o mesmo autor, o contexto só por si, pode influenciar a variabilidade da abordagem, fazendo com que, tarefas similares, ocorram abordagens diferentes. Dependendo esta muitas vezes das pré conceções do aluno e da sua motivação, que influência na interpretação do contexto.

Para o aluno, que vai pela primeira vez estar em contato com o meio hospitalar sem experiência prévia, sem conhecimento pormenorizado das situações com que vai lidar, pode ser um fator desencadeador do aumento de níveis de ansiedade, dificultando assim a adaptação ao meio e traduzindo-se por dificuldades de desempenho.

Alguns estudantes mesmo em ambiente desfavorável em termos psicológicos (lidar com a doença e morte de outros), conseguem desenvolver uma postura positiva de ajuste, outros podem apresentar forma negativa e isso comprometer o seu desempenho no decorrer do estágio.

Locus de controlo

O conceito de locus de controlo surge em 1966, através de Rotter (citado por Pinto, 2004) definida como uma expectativa generalizada do individuo sobre a medida em que os seus reforços estão sobre controlo interno e externo. O locus de controlo de um individuo acompanha o seu desenvolvimento, existindo um aumento da internalidade

(Relvas, 1985, citado por Beirão, 1998). Dos vários estudos realizados, pode-se retirar a conclusão geral de que os indivíduos de controlo interno desenvolvem esforços de realização, são mais confiantes, competentes, motivados, têm mais iniciativa e são mais eficazes na resolução de problemas. O oposto acontece com os indivíduos de controlo externo, que sentem que têm pouco controlo sobre o meio, apresentando-se desmotivados, passivos e incapazes de resolver problemas (Yilmaz & Kaya, 2010).

Segundo Veríssimo (1996) os indivíduos de controlo interno reagem à frustração de um modo mais construtivo e mais adequado a situações problemáticas e de tensão. O estudo que realizou com estudantes universitários portugueses, com a aplicação da escala IPC de Levenson (1972, 1974, citado por Relvas, Serra, Saraiva & Coelho, 1984) verificou existir uma tendência significativa para a internalidade, seguida da externalidade atribuída a outros poderosos. Outros autores como Relvas *et al.* (1984) realizaram um estudo com estudantes universitários e verificaram que estes apresentam uma média elevada no fator I que mede a “internalidade”, comparativamente aos fatores P e C que medem “externalidade” respetivamente de todos os poderosos e atribuída à sorte ou azar. O mesmo aconteceu com os valores obtidos em estudos (Beirão, 1998; Cruz, 1997; Pinto, 2004) com estudantes dos cursos superiores de Fisioterapia e Terapia Ocupacional,

aplicando a escala IPC de Levenson em que os resultados demonstram valores mais altos no controlo interno (I), seguido da ausência de controlo (C) e por último do controlo de outros poderosos (P).

Para Pinto (2004) os indivíduos com expectativas num controlo interno estarão mais motivados para o sucesso, mostram maior eficácia na seleção e utilização da informação e utilizam as suas experiências anteriores como fontes de informação, obtendo assim maior sucesso académico e profissional.

Ainda segundo o mesmo autor, quando os indivíduos conseguem perceber que os acontecimentos são resultantes das suas próprias ações e características, conseguem perceber mais facilmente que podem exercer razoável controlo sobre o que lhes acontece, podendo melhorar assim o seu desempenho. Beirão (1998) salienta que ao exercerem um controlo mais eficaz sobre o seu meio, adaptam-se melhor às situações de *stress*, reagindo de forma positiva, traduzindo-se numa menor tendência para perturbações e desajustamentos.

Existem fatores que influenciam o locus de controlo como: a idade e a escolaridade. Em estudos realizados (Lao, 1974; Relvas, 1974; Ryckman & Malikiosi, 1975, citados por Beirão, 1998) encontraram um aumento do controlo interno desde a juventude até à idade adulta, em parte pelo aumento da capacidade de cuidar de si e sentido de independência, estabilizando esta na idade

média da vida e mantendo-se até à velhice. A escolaridade, que segundo Relvas (1985, citado por Beirão, 1998) e Iskender e Akin (2010), afirmam que a internalidade leva a uma realização académica superior.

Metodologia

Tipo de estudo

É um estudo descritivo, utilizando a metodologia de estudo de caso segundo Carmo e Ferreira (1998) para identificar se o tipo de locus de controlo da aluna teve influência na sua capacidade de ultrapassar as dificuldades em contexto de estágio.

Amostra

O caso exposto refere-se a uma aluna do 4º ano, da licenciatura em terapia da fala, de 27 anos de idade, a frequentar a unidade curricular Estágio II numa unidade hospitalar, pelo período de 15 semanas. Na primeira semana de estágio, a aluna através de registo escrito sobre as suas expetativas e necessidades/preocupações relativas ao estágio, constituída por duas questões abertas baseadas nos pressupostos de McAllister (1997). Após a análise de conteúdo segundo Ghiglione e Matalon (2001), evidenciou mais expetativas do que preocupações, no entanto as preocupações, dado o seu teor, poderiam entravar todo o processo de estágio. Centravam-se, no receio pelas situações que pudessem surgir em ambiente hospitalar e o

facto de a população ser adulta, causando ansiedade.

Instrumento

Escala IPC de Levenson

A partir dos trabalhos de Rotter (1964, 1966, citados por Relvas *et al.*, 1984) sobre o locus de controlo com a escala I-E que pretendia medir a expetativa do controlo interno-externo, Levenson (1973, 1981, citados por Colaço, 1993) faz uma revisão da escala de Rotter e surge com a escala IPC que divide a componente externalidade em dois fatores conforme a atribuição é feita ao controlo de outros fatores ou ao acaso ou sorte.

Esta escala foi aplicada através de uma análise fatorial na população portuguesa a 944 indivíduos de ambos os sexos por Relvas *et al.* (1984), encontrando-se aferida para a população portuguesa.

A escala mede três tipos de expetativas: expetativa num controlo interno (I), expetativa no controlo de outros poderosos (P) e expetativas numa ausência de controlo (C). Estas três dimensões são independentes, visto que não se relacionam significativamente entre si. Composta por 24 itens, dividida nas três dimensões, cada uma composta por oito questões, sendo avaliada através de uma escala de *Likert* de 1 a 6. Para cada dimensão é possível uma variação entre 8 e 48 pontos.

Procedimentos

O estágio em causa realizou-se numa unidade hospitalar localizada na área da grande Lisboa, no serviço de medicina física e reabilitação, na área de terapia da fala no contexto de intervenção em população adulta, predominantemente idosa, com perturbações de causa neurológica. A etiologia predominante é o Acidente Vascular Cerebral que na sua maioria deixa graves sequelas incapacitantes. A fase subaguda da doença exige cuidados hospitalares na área da neurologia, serviço onde se encontram os utentes que servem de base para a realização do estágio. Para além da intervenção realizada no gabinete de terapia da fala, por vezes a condição do utente determina que a intervenção se efetue no quarto da enfermaria.

Após o levantamento das necessidades/preocupações da aluna, foi aplicada a escala do locus de controlo IPC de Levenson, na segunda semana de estágio, com o intuito de verificar qual o seu locus de controlo. Solicitou-se que preenche-se todas as questões relativas à maneira como reage, sente e atua de forma rápida. O decorrer do estágio processou-se de forma normal sem intercorrências por parte da aluna, que foi analisando e refletindo sobre as situações vivenciadas e ultrapassando os seus receios.

Resultados e discussão

Após o preenchimento da escala IPC de Levenson pela aluna, os resultados foram: (I)

totalizou 40 pontos, (P) 25 pontos e (C) 23 pontos, apresentados em baixo (quadro 1).

Quadro 1. Valores obtidos com a aplicação da Escala IPC de Levenson

Dimensões	Pontuação
Controlo Interno (I)	40
Controlo de Outros	
Poderosos (P)	25
Ausência de Controlo (C)	23

A análise destes resultados permite-nos afirmar, que a aluna revela um locus de controlo interno. Assim podemos referir, que os resultados vão de encontro ao preconizado nos estudos que referem existir maior facilidade de ultrapassar dificuldades pelos indivíduos que evidenciam controlo interno (Yilmaz & Kaya, 2010).

O facto de a aprendizagem ter sido adquirida através da experiência clínica segundo Cruz (1997) pode influenciar a forma como o aluno aborda o problema desmistificando ideias que tenha pré concebidas, e estes resultados sugerem essa possibilidade.

Também de acordo com Veríssimo (1996) e Beirão (1998) o facto de a aluna apresentar controlo interno, pode levar que reaja a situações problemáticas e de tensão de forma mais construtiva e adequada, conseguindo ultrapassar as dificuldades.

Em estudos realizados na mesma instituição de ensino da aluna (Beirão, 1998; Cruz, 1997; Pinto, 2004) a alunos de outros cursos da área da saúde, demonstram a

prevalência do controlo interno, assim como acontece com a aluna em estudo.

Por fim, o facto da aluna se encontrar na fase adulta, a frequentar uma licenciatura, poderá segundo (Lao,1974; Relvas, 1974; Ryckman & Malikiosi, 1975, citados por Beirão, 1998), Relvas (1985, citado por Beirão, 1998) e Pinto (2004) potenciar o controlo interno.

Conclusões

O estudo teve como finalidade a averiguação do locus de controlo da aluna e tentar perceber se este teria implicação no decorrer do estágio em contexto hospitalar. Este pressuposto tem como base as preocupações referidas pela aluna no início do estágio. A reflexão escrita elaborada no final do estágio pela aluna relativa a todo o processo de estágio, tendo em conta as questões iniciais, evidencia os progressos que obteve ao longo deste, de forma que considera ter ultrapassado os seus receios iniciais, através da sua prática clínica e as vivências do dia-a-dia. Considera igualmente ter conseguido desmistificar a ideia errada que tinha sobre a população adulta.

Verificou-se através dos resultados que provavelmente, o facto de a aluna apresentar controlo interno, teve influência na forma como conseguiu ultrapassar as suas dificuldades iniciais e concretizar as suas expectativas.

Outro aspeto importante é conseguir-se comparar o resultado da escala IPC de Levenson da aluna com uma população idêntica, que embora de outras licenciaturas da área da saúde, são da mesma instituição e revelaram valores semelhantes na aplicação da escala.

As limitações deste estudo, prendem-se com o facto de envolverem um único aluno, por isso os resultados não podem ser generalizados, pois podem não ser representativos da população.

Seria importante em trabalhos futuros a aplicação da escala IPC numa amostra mais abrangente de alunos, em diferentes contextos de estágio, de forma a averiguar se o valor obtido na escala tem influência nas suas aprendizagens e consequentemente no seu desempenho.

Referências bibliográficas

- Beirão, D. A. T. (1998). *Locus de controlo em estudantes de fisioterapia*. Monografia final do curso superior de fisioterapia. Alcoitão: Escola Superior de Saúde do Alcoitão.
- Carmo, H. & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da investigação: Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Colaço, G. (1993). *Locus de controlo em estudantes de fisioterapia*. Monografia de final de curso de Post graduação em

- reabilitação. Lisboa: Instituto de Psicologia Aplicada.
- Cruz, E. J. B. C. (1997). *Abordagem à aprendizagem dos alunos do curso superior de fisioterapia*. Dissertação de mestrado em Psicologia Educacional. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Draper, M. & Faulkner, G. (2009). Counseling a student presenting borderline personality disorder in the small college context: Case study and implications. *Journal of College Counseling*, 12, 85-96.
- Ghiglione, R. & Matalon, B. (2001). *O Inquérito: Teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.
- Iskender, M & Akin, A. (2010). *Social self-efficacy, academic locus of control, na internet Addiction*. *Computers & Education*, 54, 1101-1106.
- McAllister, L. (1997). Na adult learning Framework for clinical education. In L. McAllister, M. Lincoln, S. McLeod, D. Maloney (Eds.), *Facilitating Learning in Clinical Settings* (cap. 1, pp. 1-26). London: Nelson Thornes Ltd, United Kingdom.
- Pinto, E. M. C. P. S. (2004). *Abordagem à aprendizagem e resultados escolares obtidos nos alunos dos cursos de terapia ocupacional e fisioterapia*. Dissertação de mestrado em Psicologia Educacional. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Relvas, J.; Serra, A.; Saraiva, C. & Coelho, I. (1984). Resultados da aplicação da Escala IPC de Levenson a estudantes universitários. *Psiquiatria Clínica*, 5, (3), 119-124.
- Seabra, A. (1999). *O técnico, a pessoa,...e o burnout no hospital Dr. José Maria Antunes Junior – Estudo exploratório*. Dissertação de mestrado em Psicologia da Saúde. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Veríssimo, R. (1996). Expectativas de controlo no contexto da personalidade. *Acta Médica Portuguesa*, 9, 21-28.
- Yilmaz, A. & Kaya, H. (2010). Relationship between nursing student's epistemological beliefs and locus of control. *Nurse Education Today*, 30, 680-686.

IV. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo dos objetivos que serviram de base a todo o período de estágio, apresenta-se de seguida uma análise crítica da forma como foram atingidos, quais as principais dificuldades sentidas, e formas/estratégias utilizadas na sua superação.

No que diz respeito ao primeiro objetivo, referente ao enriquecimento pessoal e profissional de modo a melhorar a qualidade de supervisão prestada aos alunos em contexto de estágio, consideramos que foi claramente atingido, no período de tempo estipulado. Apresentando alguma experiência como educadora clínica, consideramos que com a aprendizagem efetuada houve uma clara melhoria ao nível do planeamento, do processo de reflexão diária, da tomada de atitudes mais assertivas e de compreender melhor a especificidade do contexto, e a influência que este pode ter no processo de aprendizagem do aluno. Identificar essas situações e desencadear processos de investigação sobre os temas, através de estudos, permite o aumento de conhecimento e melhoria do desempenho. O artigo descrito no capítulo anterior, partiu de uma necessidade da educadora clínica em obter maior conhecimento sobre o assunto em questão.

Durante todo o processo de supervisão houve aquisição de conhecimentos através de pesquisas realizadas e reflexões pessoais sobre vários aspetos observados, que suscitavam interesse em aprofundar.

Na fase do planeamento, procurou-se de alguma forma antever possíveis situações de supervisão, com base em experiência adquirida em anos anteriores, a seleção do modelo de supervisão *Continuum* e elaboração de instrumentos a utilizar no estágio.

Passando à fase do desenvolvimento das competências práticas, foi possível aplicar as escalas para identificação das características da aluna, ter em conta as suas expectativas e objetivos e só a partir daí programar o estágio. As reuniões semanais revelaram-se uma mais-valia na partilha de informação e quando programadas até são possíveis de acontecer, mesmo em contexto hospitalar. A clarificação do que é esperado que a aluna desenvolva no estágio, a adequação das solicitações das atividades ao ritmo da aluna, foram aspetos de grande relevância.

Verificar a importância do desenvolvimento de uma relação empática entre educadora e aluna, de modo que ambas se sintam à vontade para exprimir e partilhar informações importantes que melhorem o processo de supervisão. Ver a forma como algumas técnicas de comunicação como o *feedback*, faladas em contexto de formação, podem ser colocadas em ação, e de que forma. Apesar de cada educador clínico ter as suas características e o seu estilo próprio de estar, e de se relacionar com os alunos, foi interessante observar que ocorrem pequenos ajustes consoante o aluno que temos à frente.

Salientamos como um dos fatores mais importantes a reflexão diária realizada, no sentido de identificar situações quer positivas ou negativas de modo a potenciar ou ultrapassar essas situações respetivamente.

Centrar mais o foco de atenção, na intervenção/reabilitação do utente, do que na prática pedagógica com o aluno, foi uma dificuldade encontrada e um desafio conseguido.

Consideramos uma experiência muito positiva, tendo sem dúvida contribuído para o crescimento pessoal e profissional, ajudando no futuro para uma melhoria do desempenho enquanto educadora clínica.

BIBLIOGRAFIA

- American Physical Therapy Association (2004). *Guidelines and self-assessments for clinical education*. APTA.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2005). Medical Guidance for School-Based Speech-Language Pathology Services: Addressing the “Under the Direction of” Rule. www.asha.org/policy 01-11-2011 17:21
- American Speech-Language-Hearing Association. (2008). *Clinical Supervision in Speech-Language Pathology*. www.asha.org/policy 17-01-2011 22:28.
- American Speech-Language-Hearing Association. (2010). *Supervision of student clinicians* [Issues in Ethics]. www.asha.org/policy 16-10-2010 23:20.
- Anderson, J. (1988). *The supervisory process in speech language pathology and audiology*. Boston. Little Brown. Books.google.com.
- Aziz, Z.; Teck, L. & Yen, P. (2011). The attitudes of medical nursing and pharmacy students to inter-professional learning. *Procedia Social and Behavioral Science*. 29. 639-645.
- Bishop, V. (2007). *Clinical supervision in practice* (2^a ed.). Hampshire: Palgrave Macmillan.
- Carmo, H. & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da investigação: Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carvalho, R. & Gomes, M. (2003). *Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos: Perspectivas dos actores*. Loures: Lusociência.
- Ford, K. & Jones, A. (1987). *Student supervision*. London: Macmillan Education Ltd.
- Fox, J. (2011). *Getting the most out of your supervision*. Child centred practice. www.childcentredpractice.co.uk. 18-03-2012 23:53.

Ghiglione, R. & Matalon, B. (2001). *O Inquérito: Teoria e prática*. Oeiras: Celta Editora.

Huet, I. & Tavares, J. (2005). O Envolvimento do professor universitário no processo de ensino-aprendizagem. Estudo de caso. In Medeiros, T. & Peixoto, E. *Desenvolvimento e aprendizagem: do ensino secundário ao ensino superior*. pp. 217-225. Universidade dos Açores. Direcção Regional da Ciência e Tecnologia.

Insalaco, D.; Ozkurt, E. & Santiago, D. (2007). The perceptions of students in the allied health professions towards stroke rehabilitation teams and the SLP'S role. *Journal of Communication Disorders*. 40. 196-214.

Joffe, B. (2005). Models of clinical education. In M.Rose, D. Best (Eds.), *Transforming Practice through Clinical Education, Professional Supervision and Mentoring* (cap. 2, pp. 29-32). Elsevier Limited.

Kennedy-Jones, M. (2005). Contrac learning. In M.Rose, D. Best (Eds.), *Transforming Practice through Clinical Education, Professional Supervision and Mentoring* (cap. 15, pp. 249-257). Elsevier Limited.

Lincoln, M.; Carmody, D. & Maloney, D. (1997). Professional development of students and clinical educators. In L. McAllister, M. Lincoln, S. McLeod & D. Maloney (Eds.), *Facilitating Learning in Clinical Settings* (cap. 3, pp. 65-98). London: Nelson Thornes Ltd, United Kingdom.

Lincoln, M.; Stockhausen, L. & Maloney, D. (1997). Learning processes in clinical education. In L. McAllister, M. Lincoln, S. McLeod & D. Maloney (Eds.), *Facilitating Learning in Clinical Settings* (cap. 4, pp. 99-129). London: Nelson Thornes Ltd, United Kingdom.

McAllister, L. (1997). An adult learning framework for clinical education. In L. McAllister, M. Lincoln, S. McLeod & D. Maloney (Eds.), *Facilitating Learning in Clinical Settings* (cap. 1, pp. 1-26). London: Nelson Thornes Ltd, United Kingdom.

- McCrea, E. & Brasseur, J. (2003). Anderson's continuum model of supervision. In *The Supervisory Process in Speech-language Pathology and Audiology*. (cap. 2, pp. 9-28). Boston: Allin & Bacon (Eds).
- McLeod, S.; Romanini, J.; Cohn, E. & Higgs, J. (1997). Models and roles in clinical education. In L. McAllister, M. Lincoln, S. McLeod & D. Maloney (Eds.), *Facilitating Learning in Clinical Settings* (cap. 2, pp. 27-43). London: Nelson Thornes Ltd, United Kingdom.
- Miranda, L. (2005). *Educação Online: Interação e Estilo de aprendizagem de Alunos do Ensino Superior numa Plataforma Web*. Tese de Doutoramento em Educação. Braga: Universidade do Minho.
- Miranda, L. & Morais, C. (2008). Estilos de aprendizagem: O questionário CHAEA adaptado para a língua portuguesa. *Revista de estilos de aprendizagem*, 1, (1), 66-87.
- Newman, W.; O'Connor, L. & Victor, S. (2006). Supervision Boot Camp. ASHA. Miami [PPT] www.asha.org. 14-02-2011 11:12.
- Normas Orientadoras da Unidade Curricular Estágio I e II (Ano letivo 2010/2011). Departamento de terapia da fala. Escola Superior de Saúde do Alcoitão. Alcoitão.
- Pfister, S. & Tennent-Ponterio, B. (2000). Supervisory Process. In Kasar, J. & Clark, E. (Eds), *Developing Professional Behaviors*. (cap. 11, pp. 103-111). USA: SLACK incorporated.
- Queiroga, C. M. F (2007). *Supervisão pedagógica: supervisão e/ou reflexão*. Tese de Mestrado. Porto. Universidade Portucalense Infante D. Henrique.
- Rogers, C. (2010). *Tornar-se pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais Editora.
- Russel-Chapin, L. & Chapin, T. (2011). *Clinical Supervision: Theory and Practice*. (cap. 4, pp. 47-62). Books.google.com.
- Vieira, M. L. M. (1990). *Definição de objectivos de formação*. Lisboa: IEFP.

Villas Boas, B. (2006). *Portefólio, avaliação e trabalho pedagógico*. Porto: Asa Editores, S.A.

Viveiros, H. & Medeiros, T. (2005). Modelos de supervisão e desenvolvimento cognitivo de futuros professores do 1º ciclo do ensino básico. In Alarcão, I.; Cachapuz, A.; Medeiros, T. & Jesus, H. *Supervisão. Investigações em contexto educativo*. pp. 39-62. Universidade de Aveiro; Governo Regional dos Açores; Universidade dos Açores, Direção Regional da Educação.

Young, T. (2010). How valid and useful is the notion of learning style? A multicultural investigation. *Procedia social and behavioral science*. 2, 427-433.

APÊNDICES

APÊNDICE I – FOLHA DE REGISTO DAS EXPETATIVAS E NECESSIDADES/PREOCUPAÇÕES
INICIAIS

Quais as expetativas relativas ao estágio?

Quais as necessidades e/ou preocupações relativas ao estágio?

A aluna _____

Data ____/____/____

APÊNDICE II – FOLHA DE REGISTO DA AVALIAÇÃO DAS EXPETATIVAS E
NECESSIDADES/PREOCUPAÇÕES INICIAIS DO ESTÁGIO

As expectativas relativas ao estágio concretizaram-se?

Como foram ultrapassadas as necessidades e/ou preocupações relativas ao estágio?

A aluna _____

Data ____/____/____

APÊNDICE III – FOLHA DE REGISTO DE EXPETATIVAS, SENTIMENTOS,
NECESSIDADES/PREOCUPAÇÕES E FORMA DE AS ULTRAPASSAR

Quais as expectativas para esta semana (19 a 23 Setembro)?

Como se sente?

Quais as necessidades e/ou preocupações?

Como ultrapassar essas dificuldades?

A aluna_____

APÊNDICE IV – FOLHA DE AVALIAÇÃO DAS EXPETATIVAS, SENTIMENTOS,
NECESSIDADES/PREOCUPAÇÕES REFERENTE À PRIMEIRA SEMANA

As suas expetativas concretizaram-se (19 a 23 Setembro)?

Como se sente no final da semana?

As necessidades e/ou preocupações mantêm-se as mesmas?

De que forma pensa ultrapassar essas dificuldades?

A aluna_____

APÊNDICE V – PRIMEIRA FASE DE OBJETIVOS

Objetivos do período de observação (2 semanas) 5/9 a 16/9

Objetivos	Indicadores	
-Integrar a aluna no serviço de MFR	-Apresentar o espaço físico -Apresentar os elementos da equipa multidisciplinar -Fornecer informações relativas a procedimentos/funcionamento -Identificar o contexto hospitalar (dinâmica e percurso do doente)	-Mostrar os espaços físicos e apresentar os técnicos -Apresentação em powerpoint
-Proporcionar conhecimento sobre os utentes acompanhados pela educadora clínica	-Fornecer os dados biopsicossociais -Fornecer dados da avaliação, prognóstico, plano de intervenção e metodologias -Ver diferentes dinâmicas de intervenção (enfermaria/gabinete)	-Mostrar os processos clínicos e de terapia da fala. -Observação dos casos da ed. clínica
-Realizar o planeamento do estágio	-Discussão dos objetivos de estágio entre ed. Clínico e aluno -Entrega de cronograma de estágio -Elaboração do contrato de aprendizagem -Revisão da teoria efetuada pela aluna -Elaboração e discussão de protocolos de avaliação por parte do aluno	-Apresentação dos objetivos, cronograma e contrato de aprendizagem -Apresentação de protocolos de disartria e disfagia -Discussão oral de casos

APÊNDICE VI – SEGUNDA FASE DE OBJETIVOS

Período de avaliação (2 semanas) 19/09 a 30/09

Objetivos	Indicadores
-Realizar a avaliação adequada aos utentes	-Recolher os dados biopsicossociais dos utentes -Selecionar e efetuar a avaliação adequada aos utentes -Registar a avaliação corretamente
-Desenvolver o raciocínio clínico	-Demonstrar capacidade de análise da avaliação -Atribuir o diagnóstico correto
-Desenvolver a relação terapêutica	-Estabelecer empatia -Dar feedback assertivo aos utentes
	-Preenchimento das baterias e protocolos de avaliação -Elaborar relatórios escritos dos casos em acompanhamento -Observação direta

Nota: Este período foi prolongado por mais uma semana até 7/10

APÊNDICE VII – TERCEIRA FASE DE OBJETIVOS

Período de intervenção (5 semanas) 10/10 a 11/11

Objetivos	Indicadores	
-Desenvolver a capacidade de intervenção terapêutica	-Reforçar a aliança terapêutica -Rever pressupostos teóricos sobre aprendizagem no adulto	-Observação direta -Apresentação de pesquisas realizadas
-Elaborar plano terapêutico individual	-Definir objetivos de intervenção -Elaborar planos de sessão (objetivos, atividades, material e resultados)	-Planos de intervenção escritos dos utentes -Planos de sessão
-Realizar intervenção indireta	-Elaborar e executar sessão de ensino ao utente/família	-Orientações realizadas ao utente/família
-Trabalhar em equipa multidisciplinar	-Discutir os casos em acompanhamento com os outros elementos da equipa -Assistir a sessões de outras áreas (FT, TO, neuropsicologia)	-Discussão de casos nas reuniões semanais de equipa
-Reconhecer o seu processo de aprendizagem	-Efetuar reflexões sobre o desempenho -Modificar o processo de aprendizagem quando necessário após feedback	-Reflexões escritas -Observação direta

APÊNDICE VIII – QUARTA FASE DE OBJETIVOS

Período de reavaliação (5 semanas) 14/11 a 15/12

Objetivos	Indicadores	
-Demonstrar proatividade na aprendizagem	-Elaborar material para a execução dos objetivos -Utilizar estratégias adequadas aos utentes -Realizar pesquisa -Elaborar relatório de encaminhamento	-Apresentação de fichas de material -Descrição das estratégias nos planos de sessão -Apresentar a pesquisa realizada -Entrega de relatório -Reflexões escritas
-Elaborar o projeto de investigação	-Elaborar um folheto com orientações sobre disfagia	-Apresentação e discussão do folheto
-Fazer a reavaliação e reformulação de planos	-Reavaliar os casos em intervenção -Analisar a reavaliação -Elaborar a reformulação dos planos	-Apresentar reavaliações escritas
-Demonstrar autonomia na intervenção de utentes com perturbação neurológica	-Reconhecer os fatores importantes dos utentes -Diagnosticar as perturbações -Implementar a intervenção	-Observação direta -Discussão dos casos com o ed. clínico

APÊNDICE IX – ESCALA DE PARTILHA DE EXPETATIVAS

Partilha de Expectativas entre Supervisor e Aluno (Anderson, 1988)

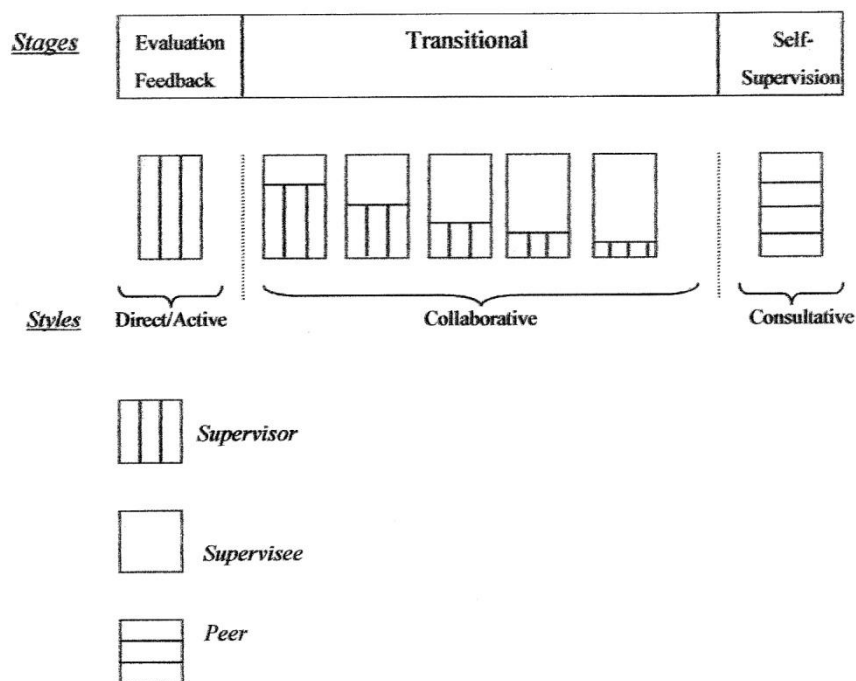
Data:_____

Aluna:_____

Supervisor:_____

Parte I

Na figura está representado o Modelo *Continuum* de Supervisão (Anderson, 1988)



Desenha uma linha no modelo que melhor descreva o funcionamento entre a aluna e o supervisor nesta data.

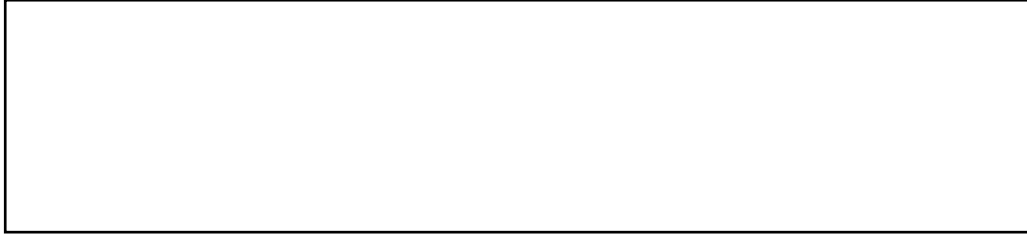
☐ Supervisor

☐ Aluno

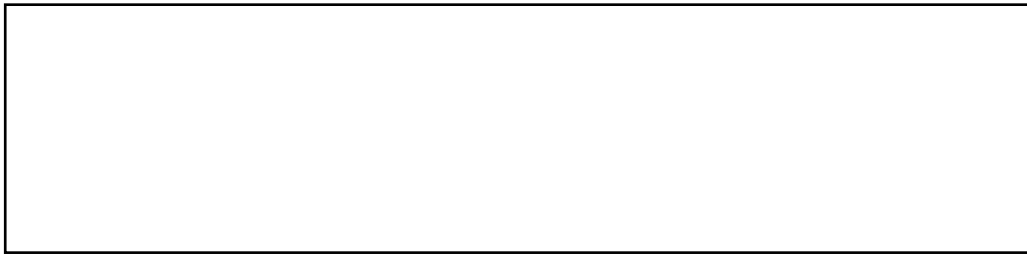
APÊNDICE X – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO EDUCADOR CLÍNICO

Em relação ao educador clínico

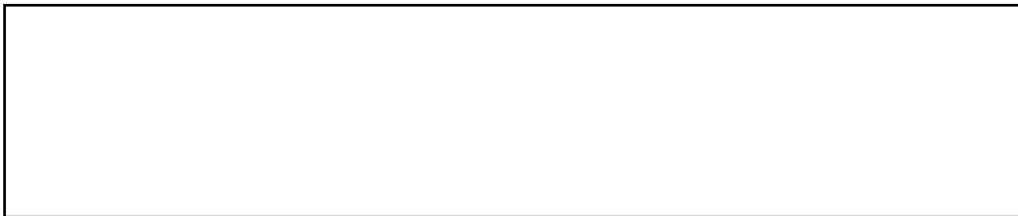
Tem demonstrado disponibilidade e apoio?



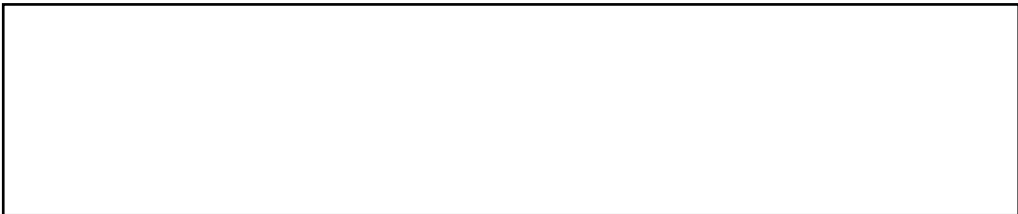
Comunica com clareza?



Apresenta boa capacidade pedagógica?



O feedback tem sido apropriado?



Tem proporcionado situações de aprendizagem?



Tem contribuído para a integração no serviço?

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for a written response to the question above.

Comentários e sugestões que considere importantes

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for a written response to the question above.

Adaptado de McAllister (1997) p. 94.

APÊNDICE XI – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Em relação ao local de estágio

Facilitou a integração no serviço de MFR e na equipa multidisciplinar?

--

Foram fornecidas as regras/normas de funcionamento do serviço e da instituição?

--

Proporciona a possibilidade de participação em reuniões de equipa multidisciplinar para discussão de casos?

--

Apresenta condições físicas adequadas?

--

Foi disponibilizado tempo para discussão das aprendizagens?

Existiu a possibilidade de acompanhar casos clínicos diversificados e/ou pouco comuns?

Possibilitou o acesso a documentação dos utentes e forneceu suporte teórico para trabalhos e estudo de casos?

Comentários e sugestões que considere importantes

Data: _____

APÊNDICE XII – FOLHA DE REGISTO DAS REUNIÕES SEMANAIS

Reunião Semanal de Supervisão

Intervenientes: _____

Data: __/__/____

Hora: _____

Local: _____

Descrição das atividades desenvolvidas

--

Aspetos positivos

--

Aspetos menos conseguidos

--

Dificuldades

--

Forma de superar as dificuldades

--

Outros assuntos

--

APÊNDICE XIII – PLANIFICAÇÃO DOS OBJETIVOS PEDAGÓGICOS

Planificação de Estágio		
Datas	Competências a desenvolver	Tarefas
20/08/2011 A 02/09/2011	1.Preparação do estágio	<ul style="list-style-type: none"> - pedido de autorização do estágio junto da instituição - elaboração de cronograma - revisão dos objetivos do serviço e da área - elaboração dos objetivos de estágio - seleção da população e definição de alternativas - reunião com equipa para divulgação do estágio - escolha do modelo de supervisão - elaboração de instrumentos - identificação do estilo de aprendizagem e comunicação do educador - marcação em horário de reunião entre aluno/educador - elaboração de folha de registo para o portefólio - contacto telefónico com o aluno (horário, farda e localização do estágio)
05/09/2011 A 16/09/2011	2.Implementação do estágio 2.1. Fase avaliação/feedback - integração do aluno no local	<ul style="list-style-type: none"> - visita ao espaço e apresentação da equipa - atribuição de cacifo e cartão - reunião aluno/educador - assistência do aluno às reuniões de equipa - apresentação em powerpoint sobre o modo de funcionamento da área de terapia da fala - adaptação ao meio
	- adaptação aluno/educador	<ul style="list-style-type: none"> - estabelecer relação de empatia - Transmissão de objetivos - expetativas do educador - realização de reunião semanal - realização de reunião diária - dar feedback oral e escrito
	- consolidar conhecimentos teóricos	<ul style="list-style-type: none"> - fomentar a construção de protocolos de avaliação - mostrar as provas de avaliação - fomentar a pesquisa bibliográfica - fomentar exposição de questões - a aluna observa os casos em intervenção
	- identificar as características da aluna	<ul style="list-style-type: none"> - aplicar questionário de estilo de comunicação - aplicar questionário de estilo de aprendizagem
	- identificar os objetivos e expetativas de estágio	<ul style="list-style-type: none"> - pedir expetativas de estágio - pedir objetivos de estágio - elaboração de contrato de aprendizagem - elaboração do cronograma do estágio do aluno - elaboração de objetivos da primeira fase
	- desenvolver competências de supervisão	<ul style="list-style-type: none"> - elaborar protocolo de registo diário das atividades e aspetos relevantes - reflexão sobre o registo diário - avaliação dos objetivos desta fase
19/09/2011 A 30/09/2011 (Prolongamento por mais uma semana)	2.2 Fase de transição - desenvolver competências profissionais no aluno (Período centrado na avaliação)	<p>Elaborar objetivos para este período</p> <p>Orientar e dar feedback oral e escrito na:</p> <ul style="list-style-type: none"> - recolha de dados relevantes da situação global do utente - selecionar a avaliação adequada ao utente - aplicar as provas de acordo com as regras dos protocolos - registar os dados recolhidos da avaliação de forma correta - analisar e interpretar os dados da avaliação
	- desenvolver competências de comunicação interpessoal no aluno	<p>Orientar e dar feedback oral na:</p> <ul style="list-style-type: none"> - interação com o utente - Interpretar a comunicação não verbal - feedback a fornecer ao utente - interação com os diferentes elementos da equipa - participação do aluno nas reuniões de equipa
	- desenvolver competências de aprendizagem do aluno	<ul style="list-style-type: none"> - pedir para o aluno refletir sobre o seu desempenho - colocar questões abertas para fomentar a iniciativa de identificação de necessidades de formação -fomentar a organização dos materiais de avaliação e registos
	- desenvolver competências éticas no aluno	<ul style="list-style-type: none"> - orientar para a confidencialidade dos dados dos utentes - orientar para o respeito pelas características de cada utente

	- desenvolver competências de supervisão	<ul style="list-style-type: none"> - reuniões semanais entre aluno e educador - avaliação diagnóstica - registo diário e reflexão - observar a intervenção da educadora - dar feedback oral e escrito - avaliação dos objetivos desta fase
3/10/2011 10/10/2011 A 11/11/2011	(continuação da fase de transição) - desenvolver competências profissionais no aluno (Período centrado na intervenção)	<p>Elaborar objetivos para este período</p> <p>Orientar e dar feedback oral e escrito na:</p> <ul style="list-style-type: none"> - elaboração do programa de intervenção (objetivos, metodologia) - fomentar a utilização de estratégias - implementação do plano de intervenção - proporcionar ensino ao utente/cuidador
	- desenvolver competências de comunicação interpessoal no aluno	<p>Orientar e dar feedback oral e escrito no:</p> <ul style="list-style-type: none"> - estabelecimento de relação terapêutica - trabalho com os outros elementos da equipa
	- desenvolver competências de aprendizagem do aluno	<ul style="list-style-type: none"> - fomentar a necessidade de procura de bibliografia - fomentar reflexão sobre o seu desempenho - fomentar a elaboração de materiais de intervenção - pedir a elaboração de planos de sessão - ajudar a elaborar raciocínio clínico - orientar para a pesquisa sobre a aprendizagem do adulto
	- desenvolver competências de supervisão	<ul style="list-style-type: none"> - reuniões semanais entre aluno e educador - avaliação formativa - registo diário e reflexão - observar a intervenção da educadora - dar feedback oral e escrito - fazer a avaliação do educador clínico - avaliação dos objetivos desta fase
14/11/2011 A 15/12/2011	2.3 Fase de auto avaliação - desenvolver competências profissionais no aluno	<p>Elaborar objetivos para este período</p> <ul style="list-style-type: none"> - promover autonomia de intervenção com o utente - manter a relação terapêutica com o utente - orientar o aluno de forma a envolver a família no processo de reabilitação - dar feedback escrito no relatório de encaminhamento - orientação na elaboração do projeto de investigação - pedir reavaliações e reformulação dos planos de intervenção se necessário
	- desenvolver competências de comunicação interpessoal no aluno	<ul style="list-style-type: none"> - ajuda na manutenção de relação terapêutica - promover a participação ativa nas reuniões de equipa
	- desenvolver competências de aprendizagem do aluno	<ul style="list-style-type: none"> - fomentar a necessidade de procura de bibliografia - fomentar reflexão sobre o seu desempenho - fomentar a elaboração de materiais de intervenção - pedir a elaboração de planos de sessão - fomentar a elaborar raciocínio clínico autonomamente - pedir reflexão sobre as aprendizagens do estágio
	- desenvolver competências de supervisão	<ul style="list-style-type: none"> - reuniões semanais entre aluno e educador - avaliação sumativa - avaliação dos objetivos desta fase - avaliação do contrato de aprendizagem - registo diário e reflexão - observar a intervenção da educadora - dar feedback oral e escrito - fazer a avaliação do local de estágio - pedir a avaliação do estágio pelo aluno

APÊNDICE XIV – CRONOGRAMA DO ESTÁGIO

Cronograma do Estágio de Terapia da Fala

5-9 Set	12-16 Set	19-23 Set	26-30 Set	3-7 Out	10-14 Out	17-21 Out	24-28 Out
-Integração do aluno no serviço. -Observação da intervenção da supervisora. -Discussão dos objetivos e cronograma. -Reunião entre supervisora e aluno.	-Observação da intervenção da supervisora. - Elaboração de material de avaliação (informal). - Discussão do contrato de aprendizagem. - Reunião entre supervisora e aluno.	-Início de intervenção com os casos (avaliações). -Reunião entre supervisora e aluno. - <u>Avaliação diagnóstica.</u>	-Continuação das avaliações dos casos. -Reunião entre supervisora e aluno.	- Intervenção direta com os utentes. - Elaboração de estudos de caso. - Reunião entre supervisora e aluno.	- Intervenção direta com os utentes. - Discussão dos estudos de caso e elaboração dos planos de sessão. - Reunião entre supervisora e aluno.	- Intervenção direta com os utentes. (-Possibilidade de avaliação de utentes.) - Reunião entre supervisora e aluno.	-Intervenção direta com os utentes. (-Possibilidade de avaliação de utentes.) - Reunião entre supervisora e aluno.
31 Out-4 Nov	7-11 Nov	14-18 Nov	21-25 Nov	28 Nov-2 Dez	5-7 Dez	12-15 Dez	
- Intervenção direta com os utentes. (-Possibilidade de avaliação de utentes.) - Reunião entre supervisora e aluno.	- Intervenção direta com os utentes. (-Possibilidade de avaliação de utentes.) - Reunião entre supervisora e aluno. - <u>Avaliação formativa.</u>	- Intervenção direta com os utentes. - Relatório de encaminhamento de um utente. - Reunião entre supervisora e aluno.	- Intervenção direta com os utentes. - Apresentação de um projeto de investigação relacionado com local/TF. - Reunião entre supervisora e aluno.	- Intervenção direta com os utentes. - Reunião entre supervisora e aluno.	- Realização de reavaliações dos casos. - Reunião entre supervisora e aluno.	- Balanço final de estágio. - <u>Avaliação sumativa.</u>	

Nota: Feriado 5 Out; 1 Nov; 1 Dez; 8 Dez.

Ponte 9 Dez.

APÊNDICE XV – CONTRATO DE APRENDIZAGEM

Contrato de Aprendizagem

Educador clínico:

Aluna:

Local: Hospital _____

Serviço de Medicina Física e Reabilitação

O objetivo geral de aprendizagem no âmbito do estágio para a aluna é:

Realizar atividades de prática clínica em contexto hospitalar, num serviço de Medicina Física e Reabilitação, que permita o desenvolvimento de competências para responder às necessidades de indivíduos com perturbações do foro neurológico no âmbito da atuação do Terapeuta da Fala.

A aprendizagem decorrerá no período de 5 de Setembro de 2011 até 15 de Dezembro, durante quinze semanas.

Para concretizar o objetivo geral a aluna deve atingir os seguintes objetivos específicos:

- Recolha adequada de dados de forma a elaborar a história biopsicossocial do utente;
- Elaborar e aplicar processos formais e informais de avaliação direccionados ao utente;
- Elaborar o diagnóstico em terapia da fala;
- Estabelecer e justificar o prognóstico;
- Planear os objetivos de intervenção direta e indireta;
- Selecionar e aplicar metodologias de intervenção e estratégias eficazes;
- Elaborar atividades e material de intervenção adequado ao utente;
- Estabelecer uma relação terapêutica de qualidade com o utente;
- Demonstrar competências necessários ao trabalho em equipa.
- Os objetivos específicos serão divididos por fases ao longo do estágio de modo a facilitar a aquisição dos mesmos (apêndices).

A aluna deverá demonstrar interesse em desenvolver aprendizagens proativamente, refletindo sobre o seu desempenho, entregando as atividades solicitadas nas datas programadas e progressivamente demonstrar competências pessoais e profissionais para intervir com os utentes. Respeitar os aspetos éticos da profissão e cumprir as regras da instituição. Se por algum motivo existir impedimento para a realização do estágio o educador clínico terá de ser informado.

A educadora clínica deverá identificar e proporcionar aprendizagens relevantes para o desenvolvimento profissional da aluna. Fornecer feedback e monitorizar as aprendizagens de forma a obter os melhores resultados. Se existir alguma área que se verifique maior dificuldade, o educador clínico deverá orientar a aluna de forma a ultrapassá-la.

O processo de avaliação no âmbito deste estágio, contará com três momentos: a avaliação diagnóstica na terceira semana, a avaliação formativa na décima semana e a sumativa que será realizada no final do estágio. Para além destes três momentos a avaliação da aprendizagem será realizada através de observação direta das sessões, discussão oral de casos, estudos de casos escritos, da avaliação dos objetivos estabelecidos por fases, da apresentação do projeto de investigação e dos relatórios realizados.

Serão realizadas reuniões semanais à 5ª Feira das 14 horas às 15 horas entre a aluna e a educadora clínica.

Assinaturas

A Educadora Clínica: _____ A Aluna: _____

Data: _____

APÊNDICE XVI – RESULTADO DO PREENCHIMENTO DO QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO
DA ÁREA DE TERAPIA DA FALA PELA UTENTE

Resultado do questionário de satisfação da área de terapia da fala (HFF)

Em relação às instalações:	1	2	3	4	5
Limpeza e higiene das instalações				A	
Conforto e comodidade do gabinete				A	
Proteção da privacidade no gabinete				A	
Qualidade global do gabinete				A	
Em relação aos Terapeutas da Fala:					
Atenção e disponibilidade demonstradas pelo terapeuta da fala					A
Competência e profissionalismo do terapeuta da fala					A
O terapeuta da fala trata-o de forma amigável e cortês					A
A forma como o terapeuta da fala lhe explicou a sua condição					A
A confiança nas competências técnicas do terapeuta da fala					A
As explicações dadas pelo terapeuta da fala sobre os tratamentos realizados					A
A informação disponibilizada para os cuidados e práticas a seguir em casa					A
Em termos globais como avalia o desempenho do terapeuta da fala que o seguiu					A
Em relação aos tratamentos:					
Tempo de espera para o início dos tratamentos					A
Os horários marcados são respeitados					A
Em termos globais como avalia a qualidade dos tratamentos prestados					A
Em relação às expetativas:					
Até que ponto os tratamentos foram de encontro às suas expetativas					A
Se um familiar, amigo ou colega tivesse que recorrer a este tipo de tratamento qual a probabilidade de o recomendar					A

Legenda: Utente A

ANEXOS

ANEXO I – QUESTIONÁRIO CHAEA

Questionário Honey-Alonso de Estilos de Aprendizagem:
CHAEA – (Versão portuguesa) (Miranda, 2005)

Este questionário foi construído para identificar o seu estilo preferido de aprendizagem.

Instruções para responder ao questionário

- Não há tempo limite para responder ao questionário. No entanto, em menos de 15 minutos poderá responder a todos os itens.
- Não há respostas certas ou erradas, mas apenas a sua opinião.
- É importante que responda com sinceridade a todos os itens.
- Traduza a sua opinião, atribuindo a cada um dos itens do questionário um X sobre o número que corresponde à sua opinião, admitindo a seguinte correspondência:
 - 1- Totalmente em desacordo
 - 2- Desacordo
 - 3- Acordo
 - 4- Totalmente de acordo

Questionário Honey-Alonso de Estilos de Aprendizagem: CHAEA

Nº	Itens	Níveis
1	Tenho fama de dizer o que penso claramente e sem rodeios.	1 2 3 4
2	A maior parte das vezes, sinto-me seguro(a) do que está correcto e do que está incorrecto.	1 2 3 4
3	Muitas vezes, actuo sem olhar às consequências.	1 2 3 4
4	Normalmente, procuro resolver os problemas metodicamente e passo a passo.	1 2 3 4
5	Creio que o formalismo restringe e limita a actuação livre das pessoas.	1 2 3 4
6	Interessa-me saber quais são os sistemas de valores dos outros e com que critérios actuam.	1 2 3 4
7	Penso que o agir intuitivamente pode ser sempre tão válido como agir reflexivamente.	1 2 3 4
8	Creio que, independentemente, dos métodos o mais importante é que as coisas funcionem.	1 2 3 4
9	Estou atento a todos os pormenores das disciplinas que frequento (sumários, textos, etc).	1 2 3 4
10	Agrada-me ter tempo para preparar o meu trabalho e realizá-lo com consciência.	1 2 3 4
11	Sou adepto(a) da autodisciplina, seguindo uma certa ordem, por exemplo, no regime alimentar, no estudo e no exercício físico, etc.	1 2 3 4
12	Quando ouço uma ideia nova, começo logo a pensar como poderei pô-la em prática.	1 2 3 4
13	Prefiro as ideias originais e inovadoras, ainda que não sejam práticas.	1 2 3 4
14	Só admito e me adapto às normas, se servem para atingir os meus objectivos.	1 2 3 4
15	Adapto-me melhor às pessoas reflexivas do que às pessoas demasiado espontâneas e imprevisíveis.	1 2 3 4
16	Escuto com mais frequência do que falo.	1 2 3 4
17	Prefiro as coisas estruturadas às desordenadas.	1 2 3 4
18	Preocupo-me em interpretar, cuidadosamente, a informação disponível antes de tirar uma conclusão.	1 2 3 4
19	Antes de fazer alguma coisa, analiso com cuidado as suas vantagens e inconvenientes.	1 2 3 4

Nº	Itens	Níveis
20	Entusiasma-me ter de fazer de algo novo e diferente.	1 2 3 4
21	Procuro, quase sempre, ser coerente com os meus princípios, seguindo critérios e sistemas de valores.	1 2 3 4
22	Quando há uma discussão, não gosto de estar com rodeios.	1 2 3 4
23	Tenho tendência a relacionar-me de um modo distante, e algo formal com as pessoas com quem trabalho.	1 2 3 4
24	Gosto mais das pessoas realistas e concretas do que das idealistas.	1 2 3 4
25	Tenho dificuldade em ser criativo(a) e em romper com as estruturas existentes.	1 2 3 4
26	Sinto-me bem com pessoas espontâneas.	1 2 3 4
27	A maior parte das vezes, expresso, abertamente, os meus sentimentos.	1 2 3 4
28	Gosto de analisar as coisas de todos os ângulos.	1 2 3 4
29	Incomoda-me que as pessoas não tomem as coisas a sério.	1 2 3 4
30	Atrai-me experimentar e praticar as últimas técnicas e novidades.	1 2 3 4
31	Sou cauteloso(a) na hora de tirar conclusões.	1 2 3 4
32	Prefiro contar com o maior número de fontes de informação, ou seja, quantos mais dados tiver, melhor.	1 2 3 4
33	Tendo a ser perfeccionista.	1 2 3 4
34	Prefiro ouvir as opiniões dos outros antes de expor as minhas.	1 2 3 4
35	Gosto de enfrentar a vida de forma espontânea e não ter que planificar tudo previamente.	1 2 3 4
36	Nas discussões, gosto de observar como agem os outros participantes.	1 2 3 4
37	Sinto-me, pouco à vontade, com pessoas demasiado analíticas.	1 2 3 4
38	Avalio, com frequência, as ideias dos outros pelo seu valor prático.	1 2 3 4
39	Sinto-me oprimido(a), se me obrigam a acelerar o trabalho para cumprir um prazo.	1 2 3 4
40	Nas reuniões, apoio as ideias práticas e realistas.	1 2 3 4

Nº	Itens	Níveis			
41	É melhor gozar o momento presente do que sentir prazer pensando no passado ou no futuro.	1	2	3	4
42	Incomodam-me as pessoas que desejam sempre apressar as coisas.	1	2	3	4
43	Emito ideias novas e espontâneas nos grupos de discussão.	1	2	3	4
44	Penso que são mais consistentes as decisões fundamentadas numa análise minuciosa que as baseadas na intuição.	1	2	3	4
45	Detecto, frequentemente, a inconsistência e os pontos débeis nas argumentações dos outros.	1	2	3	4
46	Creio que me é mais frequente ter de desobedecer às regras do que segui-las.	1	2	3	4
47	Apercebo-me, frequentemente, de outras formas melhores e mais práticas de fazer as coisas.	1	2	3	4
48	Em geral, falo mais que escuto.	1	2	3	4
49	Prefiro distanciar-me dos factos e observá-los de outras perspectivas.	1	2	3	4
50	Estou convencido(a) que numa situação se deve impor a lógica e o raciocínio.	1	2	3	4
51	No meu dia a dia procuro novas experiências.	1	2	3	4
52	Quando ouço falar de uma ideia ou de uma nova abordagem, tento imediatamente encontrar aplicações concretas.	1	2	3	4
53	Penso que devemos chegar, o mais rapidamente possível, à ideia central dos assuntos.	1	2	3	4
54	Esforço-me sempre por conseguir conclusões e ideias claras.	1	2	3	4
55	Prefiro discutir questões concretas e não perder tempo com ideias abstractas.	1	2	3	4
56	Impaciento-me, quando me dão explicações irrelevantes ou incoerentes.	1	2	3	4
57	Verifico, sempre, com antecedência, se as coisas funcionam como deve ser.	1	2	3	4
58	Faço vários rascunhos antes da redacção definitiva de um trabalho.	1	2	3	4
59	Estou consciente de que, nas discussões, ajudo a manter os outros centrados no tema, evitando divagações.	1	2	3	4
60	Observo que sou, com frequência, uma das pessoas mais objectivas e desapaixonadas nas discussões.	1	2	3	4

Nº	Itens	Níveis
61	Quando algo corre mal, tento logo fazer melhor.	1 2 3 4
62	Rejeito ideias originais se me parecem impraticáveis.	1 2 3 4
63	Pondero sempre diversas alternativas, antes de tomar uma decisão.	1 2 3 4
64	É frequente eu tentar prever o futuro.	1 2 3 4
65	Nos debates e discussões prefiro desempenhar um papel secundário em vez de ser o(a) líder ou o(a) que mais participa.	1 2 3 4
66	Incomodam-me as pessoas que não agem com lógica.	1 2 3 4
67	Incomoda-me ter de planificar e prever as coisas.	1 2 3 4
68	Penso que, muitas vezes, os fins justificam os meios.	1 2 3 4
69	Costumo pensar, profundamente, sobre os assuntos e os problemas.	1 2 3 4
70	O trabalhar consciente enche-me de satisfação e orgulho.	1 2 3 4
71	Perante os acontecimentos, tento descobrir os princípios e as teorias que os fundamentam.	1 2 3 4
72	Desde que possa atingir os meus fins, sou capaz de ferir os sentimentos de outros.	1 2 3 4
73	Não me importo de fazer tudo o que seja necessário para que o meu trabalho seja eficiente.	1 2 3 4
74	Sou com frequência umas das pessoas que mais animam as festas.	1 2 3 4
75	Aborreço-me, rapidamente, com o trabalho metódico e minucioso.	1 2 3 4
76	As pessoas costumam pensar que sou insensível aos seus sentimentos.	1 2 3 4
77	Costumo deixar-me levar pela minha intuição.	1 2 3 4
78	Se faço parte de um grupo de trabalho, procuro que se siga um plano e uma metodologia.	1 2 3 4
79	Interessa-me, com frequência, descobrir o que pensam as pessoas.	1 2 3 4
80	Evito os assuntos subjectivos, ambíguos e pouco claros.	1 2 3 4

Agradeço que verifique se respondeu a todos os itens. Obrigada pela sua colaboração.

Perfil de Aprendizagem

Itens do questionário CHAEA correspondentes a cada estilo de aprendizagem

Estilos de Aprendizagem							
Activo		Reflexivo		Teórico		Pragmático	
Itens	Pontuação	Itens	Pontuação	Itens	Pontuação	Itens	Pontuação
3		10		2		1	
5		16		4		8	
7		18		6		12	
9		19		11		14	
13		28		15		22	
20		31		17		24	
26		32		21		30	
27		34		23		38	
35		36		25		40	
37		39		29		47	
41		42		33		52	
43		44		45		53	
46		49		50		56	
48		55		54		57	
51		58		60		59	
61		63		64		62	
67		65		66		68	
74		69		71		72	
75		70		78		73	
77		79		80		76	
Total		Total		Total		Total	

Questionário CHAEA (versão portuguesa): Critérios para o cálculo dos níveis de preferência em cada um dos estilos de aprendizagem

Níveis de preferência	Estilo activo	Estilo reflexivo	Estilo teórico	Estilo pragmático
Preferência muito baixa	[20, 48]	[20, 56]	[20, 50]	[20, 50]
Preferência baixa	[49, 52]	[57, 58]	[51, 54]	[51, 53]
Preferência moderada	[53, 57]	[59, 65]	[55, 60]	[54, 60]
Preferência alta	[58, 61]	[66, 69]	[61, 64]	[61, 65]
Preferência muito alta	[62, 80]	[70, 80]	[65, 80]	[66, 80]

ANEXO II – MODELO *CONTINUUM* DE SUPERVISÃO

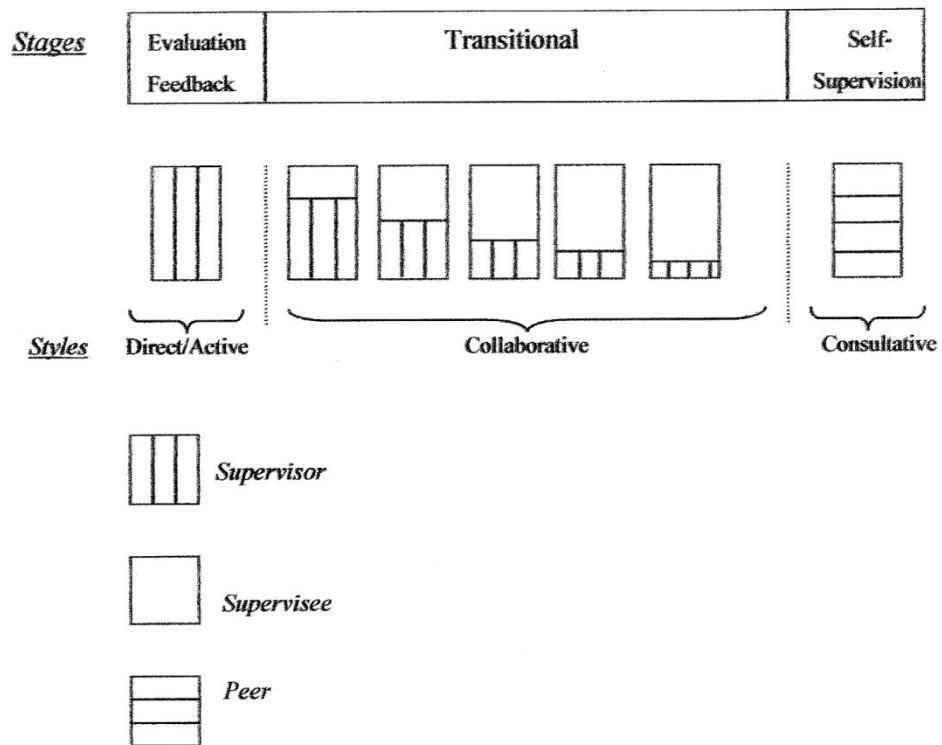


Figura 1. Modelo *Continuum* de supervisão.

ANEXO III – QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DA ÁREA DE TERAPIA DA FALA

Questionário de Satisfação do Utente na Terapia da Fala

Utilizando a escala de 1 a 5, onde 1 significa “muito má” e 5 significa “muito boa”, responda a algumas questões sobre a área da Terapia da Fala.

1 - Em relação às instalações, como classifica:

- a) Limpeza e higiene das instalações (gabinete, etc.)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

- b) Conforto e comodidade do gabinete (temperatura ambiente, ruído, estado de conservação das instalações, etc.)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

- c) Protecção da privacidade no gabinete

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

- d) Qualidade global do gabinete

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

2 – Em relação aos Terapeutas da Fala, como classifica:

- a) Atenção e disponibilidade demonstrados pelo Terapeuta da Fala (disponibilidade para o ouvir, capacidade em perceberem o que lhes pretendia transmitir, etc.)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

b) Competência e profissionalismo do Terapeuta da Fala

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

c) O Terapeuta da Fala trata-o de uma forma amigável e cortês

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

d) A forma como o Terapeuta da Fala lhe explicou a sua condição

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

e) A confiança nas competência técnicas do Terapeuta da Fala que o trata

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

f) As explicações dadas pelo Terapeuta da Fala sobre os tratamentos realizados

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

g) A informação disponibilizada para os cuidados e práticas a seguir em casa

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

h) Em termos globais como avalia o desempenho do Terapeuta da Fala que o seguiu

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

3 – Em relação aos tratamentos, como classifica:

a) Tempo de espera para o início de tratamentos (primeira vez)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

b) Os horários marcados são respeitados

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

c) Em termos globais como avalia a qualidade dos tratamentos prestados

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

4 – Em relação às expectativas, como classifica:

a) Até que ponto os tratamentos foram de encontro às suas expectativas

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

b) Se um familiar, amigo ou colega tivesse que recorrer a este tipo de tratamento qual a probabilidade de o recomendar

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5

Comentários/Sugestões

Obrigado pela sua colaboração.

ANEXO IV – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO

SERVIÇO DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO ESTÁGIO

NOME DO ALUNO (facultativo): _____

NOME DO EDUCADOR CLÍNICO: _____

ESCOLA A QUE PERTENCE: _____

ANO DE CURSO: _____ UNIDADE CURRICULAR: _____

ANO LECTIVO: ____/____ Data: ____/____/____

Como avalia o estágio nos itens a seguir discriminados?

Chave: 1/discordo completamente, 2/discordo, 3/não discordo nem concordo, 4/concordo, 5/concordo totalmente, NA/Não aplicável.

A- Local de estágio

1. O local de estágio correspondeu ao interesse do aluno.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ NA

2. O acolhimento foi facilitador da integração.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ NA

3. A organização do serviço foi facilitadora de aprendizagens.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ NA

4. O estágio proporcionou integração, aprofundamento e aquisição de conhecimentos teórico-práticos.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ NA

5. O local proporcionou o desenvolvimento do estágio.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ NA

6. O estágio proporcionou aprendizagens relativamente as expectativas/objectivos do aluno.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ NA

7. A participação do aluno no trabalho de equipa foi boa.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ NA

8. A dinâmica estabelecida com os outros estagiários foi uma mais valia para a aprendizagem do aluno.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ NA

9. As condições do local de estágio (acessibilidade, espaços próprios, acesso a refeições) são boas.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ NA

B- Educador Clínico

10. O educador clínico mostrou-se disponível para apoio individual ao aluno.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ NA

11. O educador clínico teve boa capacidade de comunicação e clareza de linguagem.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ NA

12. O educador clínico apresentou uma boa capacidade pedagógica.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ NA

13. O educador clínico proporcionou feedback formal ao aluno.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ NA

14. O educador clínico teve iniciativas que proporcionaram novas situações de aprendizagem.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ NA

C- Satisfação global

15. Satisfação global com o estágio.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ NA

16. Satisfação global com o local de estágio.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ NA

17. Satisfação global com o educador clínico.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ NA

18. Satisfação global com o nível de aprendizagem atingido.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ NA

Comentários, críticas ou sugestões:

Muito Obrigado Pelo Tempo Dispendido.